

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1928-1929 N° 97

TRAVAIL DE LA CLINIQUE MÉDICALE DU PROFESSEUR J. PAVIOT

SCIATIQUES
ET
INFILTRATS CELLULALGIQUES

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 17 Juin 1929

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Paul LAGÈZE

Interne Lauréat des Hôpitaux de Lyon

(Prix Amédée Bonnet 1925)

Né le 3 Juin 1897 à PARIS (Seine)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1929

SCIATIQUES ET INFILTRATS CELLULALGIQUES



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1928-1929 N° 97

TRAVAIL DE LA CLINIQUE MÉDICALE DU PROFESSEUR J. PAVIOT

SCIATIQUES
ET
INFILTRATS CELLULALGIQUES

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 17 Juin 1929

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Paul LAGÈZE

Interne Lauréat des Hôpitaux de Lyon

(Prix Amédée Bonnet 1925)

Né le 3 Juin 1897 à PARIS (Seine)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1929

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire M. L. HUGOUNENQ
Doyen M. J. LEPINE.
Assesseur M. ROLLET.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, ROQUE, BARD, LANNOIS.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC.
Cliniques chirurgicales	PAVIOT.
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER.
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON.
Clinique neurologique et psychiatrique	ROLLET.
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS.
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.).
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires	VILLARD.
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	COLLET.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	ROCHET.
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET.
Matière médicale et Botanique	HUGOUNENQ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL.
Anatomie	BRETIN.
Histologie	GUIART.
Physiologie	LATARJET.
Pathologie interne	POLICARD.
Pathologie et Thérapeutiques générales	DOYON.
Anatomie pathologique	FROMENT.
Chirurgie opératoire	CADE.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	FAVRE.
Médecine légale	PATEL.
Hygiène	ARLOING (F.).
Thérapeutique	Etienne MARTIN.
Pharmacie	COURMONT (P.).
Hydrologie thérapeutique et climatologie	SAVY.
	LEULIER.
	PIERY.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS.
— — — — — Préédeutique de gynécologie	CONDAMIN.
— — — — — Chimie minérale	BARRAL
— — — — — Urologie	GAYET.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Léon),
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER.
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER.
Stomatologie	TELLIER.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
GARIN.	ROUBIER.	CHALIER (André).	DEVIC.
TRILLAT.	BONNET.	CHALIER (Joseph).	GABRIELLE.
SARVONAT.	RHENTER.	NOEL.	MANCEAU.
FLORENCE (G.).	MAZEL.	CHEVALLIER.	MARTIN (Joseph).
ROCHAIX.	SANTY.	DUMAS.	ROCHET (Ph.).
CORDIER (V.).	DUNET.	DUFOURT.	WERTHEIMER.
			GATE.

M. BAYLE, secrétaire.



EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. PAVIOT, président ; FABRE, assesseur ;
CORDIER et Joseph F. MARTIN, agrégés

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA FEMME ET A MON FILS

A TOUS MES AMIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PAVIOT
PROFESSEUR DE CLINIQUE A L'UNIVERSITÉ

Il a bien voulu nous accueillir dans son laboratoire au début de notre internat et plus tard dans son service de clinique à l'Hôtel-Dieu. Nous le remercions de l'honneur qu'il nous a fait en nous confiant ce travail où nous sommes efforcés d'exposer des idées qui lui sont personnelles et des faits dont il a su montrer l'importance clinique trop longtemps méconnue.

Il nous a ouvert des horizons nouveaux en pathologie et nous lui devons le meilleur de notre éducation médicale. Qu'il veuille bien trouver ici l'assurance de notre profonde gratitude et de notre respectueux dévouement.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR FAVRE

Médecin de l'Hôtel-Dieu

Nous n'oublierons jamais le semestre que nous avons eu l'honneur de passer dans son service et le fructueux enseignement que nous en avons retiré. Depuis que nous sommes son élève au laboratoire d'anatomie pathologique, il nous a si aimablement aidé de ses conseils que nous ne saurions assez l'assurer de notre respectueux attachement.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CORDIER

Médecin de l'Hôtel-Dieu

Nous avons eu l'honneur d'être son interne et d'apprécier son enseignement si précis et si lumineux. Il a toujours été pour nous le Maître bienveillant et le guide le plus éclairé. Qu'il veuille bien accepter ici l'assurance de notre gratitude et de nos sentiments respectueusement reconnaissants.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ J.-F. MARTIN

Nous lui devons toute notre éducation anatomo-pathologique depuis le jour où nous étions sur les bancs de l'amphithéâtre et depuis que nous avons l'honneur de travailler à ses côtés. Il a bien voulu accepter d'être aujourd'hui notre juge. Puisse nous lui renouveler ici le témoignage de notre profonde reconnaissance pour toutes les marques de sympathie qu'il nous a si souvent prodiguées.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PALIARD

Médecin des Hôpitaux

Il nous a fait le grand honneur de nous accueillir dans sa conférence, nous savons y apprécier son enseignement si clair et si bienveillant. Nous le prions d'agréer avec notre vive gratitude, l'assurance de notre entier dévouement.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Externat :

MM. LE PROFESSEUR COLLET,
LE DOCTEUR VIGNARD,
LE PROFESSEUR VILLARD,
LE DOCTEUR PALLASSE,
LE DOCTEUR BERIEL.

Internat provisoire :

MM. LE DOCTEUR X. DELORE,
LE PROFESSEUR CADE,
LE PROFESSEUR SAVY.

Internat :

MM. LE PROFESSEUR P. COURMONT,
LE PROFESSEUR ROLLET,
LE PROFESSEUR VILLARD,
LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CORDIER,
LE PROFESSEUR FAVRE,
LE DOCTEUR GALLAVARDIN,
LE PROFESSEUR PAVIOT,
LE PROFESSEUR MOURIQUAND.

A MES MAITRES
DU LABORATOIRE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Introduction

Rien n'est plus banal en clinique que le syndrome douloureux qualifié du terme général de « sciatique ». C'est une expression commode qui, en pratique, englobe toute une série d'affections vraisemblablement différentes ayant pourtant un lien commun : la ténacité de l'algie qui reste parfois rebelle à la thérapeutique et qui récidive souvent avec une facilité désespérante .

Il est classique de distinguer les *sciatiques symptomatiques* des *sciatiques essentielles* dont l'étiologie reste indéterminée.

Seul le diagnostic de sciatique symptomatique peut satisfaire complètement, puisqu'une cause précise est donnée aux signes organiques de la lésion du nerf, en un point quelconque de son trajet.

Mais le plus souvent la cause reste inconnue, on en arrive au diagnostic de sciatique essentielle, incriminant sans preuve une étiologie vague, le froid par exemple : sciatique « a frigore », ou un rhumatisme subaigu qui ne fait pas sa preuve : sciatique rhumatismale.

Et, il ne vient à l'esprit de personne de suspecter l'authenticité de la lésion du nerf. On continue à dire sciatique, par habitude, sans chercher à dissocier parmi ces algies des membres inférieurs ce qui pourrait en être distinct.

Certains auteurs pourtant dans ces dernières années se sont élevés contre cette opinion trop simpliste. A côté des sciaticques authentiques que les travaux modernes de DÉJERINE, LANDOUZY, SICARD et ses élèves, A THOMAS, GUILLAIN et BARRÉ, ont permis d'identifier et de classer selon leurs formes, il y a place pour d'autres affections d'origines bien différentes.

Les unes ne sont pas d'ordre nerveux mais musculaire, ce sont des *myalgies*. C'est ainsi que pour VERGER et DELMAS-MARSALET, HELWEG et LINSTEDT ces myalgies doivent être rendues responsables du syndrome douloureux qu'on attribue trop souvent au nerf sciatique sur la foi de symptômes dits pathognomoniques (points de VALLEIX, signe de LASÈGUE) qui n'ont en réalité qu'une valeur très restreinte.

D'autres enfin sont dues à des modifications pathologiques du tissu conjonctif et du *tissu cellulaire sous-cutané*. A notre point de vue, ces altérations nous paraissent être la cause anatomique de nombre d'algies, trop rapidement étiquetées « sciaticques essentielles ». Le rôle important dans l'économie du tissu conjonctif n'est plus discuté à Lyon depuis les travaux de RENAUT qui en a étudié minutieusement l'histopathologie. Dès 1913 M. le Professeur FAVRE avait insisté sur l'adipose douloureuse des sciaticques et signalé la

possibilité des algies consécutives à une cellulite primitive. En 1926 M. le Professeur PAVIOT dans une revue d'ensemble sur « *les cellulites et leur pathogénie* » décrit les syndromes douloureux qui, au cours de cette affection, peuvent revêtir le masque des différentes névralgies. Depuis, dans sa clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Lyon, des observations très complètes ont été réunies, des examens répétés ont précisé les syndromes cliniques, des recherches de laboratoire ont permis de discuter plus rigoureusement leur pathogénie. Mais surtout de nombreuses biopsies ont été pratiquées dans des conditions satisfaisantes, avec des précautions minutieusement réglées. Nous avons pu nous rendre compte ainsi des lésions présentées par ces malades aux divers stades de leur évolution. Nous avons en outre des bases anatomiques sérieuses pour étayer le rôle joué par ces lésions du tissu conjonctif et en particulier du tissu cellulaire sous-cutané, dans les syndrômes douloureux du membre inférieur, catalogués trop facilement « *sciatiques essentielles* ».

M. le Professeur PAVIOT a bien voulu nous confier ce travail d'ensemble sur la forme pseudo-sciatique de la cellulalgie. Nous apportons onze observations de malades, toutes recueillies dans son service. Nous avons pu les suivre pour la plupart pendant notre semestre d'Internat à la Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu. Dans certains cas des biopsies ont pu être faites, nous les devons à l'obligeance de M. le Professeur agrégé COTTE, chirurgien des Hôpitaux, et de son

assistant, notre ami le Docteur ROLAND. Nous tenons à remercier aussi M. le Professeur FAVRE qui a bien voulu nous encourager si souvent au cours de ce travail et nous aider toujours de ses conseils si bienveillants. Il nous a appris le premier à connaître la cellulite, à la chercher, à la traiter. Toute la partie anatomique de cet ouvrage a été faite dans son laboratoire à la Faculté.

Nous ne saurions manquer de remercier enfin MM. les Professeurs Agrégés J.-F. MARTIN et J. DECHAUME. Ils nous ont assisté de leur haute autorité anatomo-pathologique, ils ont bien voulu nous guider sans cesse dans l'examen clinique des malades. Nous les avons souvent importunés, ils ont toujours eu pour nous des paroles si bienveillantes que nous ne saurons assez leur dire notre reconnaissance.

Nous nous proposons de suivre dans ce travail le plan suivant :

1°. — *La sciatique*, étude clinique et diagnostic.

2°. — *Les infiltrats cellulalgiques* : historique, symptômes, diagnostic, substratum anatomique.

3°. — *Les sciaticques par infiltrats cellulalgiques* : les fausses sciaticques, les plus fréquentes et les sciaticques vraies, de même nature, qui nous paraissent assez rares.

4°. — *Pathogénie* générale des infiltrats cellulalgiques, leurs associations morbides.

5°. — *Considérations thérapeutiques* : le traitement général et de la fonction en cause, le traitement local.

6°. — *Conclusions*.

CHAPITRE PREMIER

La sciatique

On tend de plus en plus à employer le terme de « sciatique » tout court, pour désigner le syndrome douloureux des membres inférieurs, localisé au territoire du nerf sciatique, sans préjuger de sa forme, névralgie, névrite ou sciatique radiculaire.

La sciatique fut décrite pour la première fois en 1764 par COTUGNO qui la nomma « ischias nervosa postica », pour la séparer des affections douloureuses d'origine articulaire à localisation voisine. VALLEIX, en 1841, en fit une étude minutieuse dans son *Traité des névralgies*, signalant l'existence de points douloureux à la pression, pathognomiques de la souffrance du nerf, qui sont depuis restés classiques. LASÈGUE décrivit ensuite d'autres symptômes puis LANDOUZY distingua la forme bénigne : névralgie et la forme grave : névrite. BABINSKI en 1896 signala les modifications du réflexe achilléen en même temps que DÉJÉRINE individualisait la sciatique radiculaire.

Enfin pendant la guerre 1914-1918, les travaux de GUILLAIN et BARRÉ, SICARD, ROUSSY, FOIX, STÖBER, CHAVANNY, s'attachèrent à dissocier les manifestations objectives du syndrome douloureux et à en compléter les conceptions anatomiques et cliniques.

I. — Rappel anatomique

Le nerf sciatique naît de l'union de la branche antérieure du V^e nerf lombaire (auquel s'ajoute une anastomose venue du IV^e) avec les quatre premiers nerfs sacrés. Pour certains auteurs modernes les troisième et quatrième paires sacrées n'interviendraient pas dans la formation du sciatique. Il représente pour les classiques, la *branche terminale du plexus sacré*.

Profondément situé à son origine dans le petit bassin, séparé du sacrum par le muscle pyramidal, le sciatique ne tarde pas à se constituer et à sortir du pelvis par la *grande échancrure sciatique* pour descendre verticalement vers le membre inférieur. Il passe alors profondément dans la *gouttière ischio-trochantérienne* pour glisser à la face postérieure de la cuisse dans un véritable canal musculaire que lui forment le biceps en dehors, le demi-tendineux et le demi-membraneux en dedans.

Il arrive ensuite à l'angle supérieur du creux poplité où il se divise en ses deux branches terminales : *sciatiques poplitées externe et interne*.

Le sciatique poplité externe quitte le creux poplité pour passer derrière la tête du péroné, en contourner le col et se terminer dans le muscle long péronier latéral en se divisant en deux branches terminales pour les muscles de la région antéro-externe de la jambe, le pédieux et la peau de la région latérale externe de la jambe et de la face dorsale du pied.

Le sciatique poplité interne continue la direction verticale de son tronc d'origine. Il sort à l'angle inférieur du losange poplité pour s'engager sous les muscles jumeaux, traverser l'anneau du soléaire, et devenir alors le nerf tibial postérieur. Le sciatique poplité interne innerve tous les muscles de la jambe et du pied et donne la sensibilité de toutes les zones auxquelles ne se distribue pas le nerf sciatique poplité externe : faces interne, antéro-interne et postérieure de la jambe et région plantaire.

II. — Les formes topographiques des sciatiques

Le nerf sciatique peut être lésé en un point quelconque de ce long trajet que nous venons de rappeler.

a) Il peut être irrité *au niveau des racines* qui contribuent à le former, par l'inflammation du cul-de-sac méningé qui les entoure. C'est la *sciatique radiculaire*. Les gâines méningées ont d'autant plus de chances d'être enflammées qu'elles sont à la base de l'axe médullaire ; les racines du sciatique participeront d'autant plus facilement à cette inflamma-

tion que leurs gaines méningées sont plus longues. Or le cône méningé terminal constitue le point déclive où tombent normalement les cellules inflammatoires, d'autre part les dernières lombaires et les paires sacrées ont les gaines les plus étendues de tous les nerfs rachidiens. On conçoit facilement que les inflammations méningées chroniques, syphilitiques par exemple, puissent déterminer des sciatiques du type radiculaire.

b) En dehors des lésions des racines dans les espaces sous-arachnoïdiens les nerfs rachidiens sont particulièrement vulnérables dans le tunnel osseux qu'ils traversent avant d'aller s'unir aux nerfs voisins pour former le plexus sacré. Les lésions osseuses ou fibreuses du trou de conjugaison retentissent facilement sur le funicule, réalisant ainsi ce que SICARD et FORESTIER ont décrit sous le nom de funiculites. Comme STOEBER l'a montré, les trous de conjugaison de la région lombo-sacrée sont en réalité de véritables canaux osseux, particulièrement longs et étroits. D'autre part les lésions osseuses et articulaires chroniques de la colonne lombaire et du sacrum sont fréquentes (lombarthries de LÉRI) elles sont souvent compliquées de retentissement funiculaire. Ainsi se trouve réalisée la *sciatique funiculaire*.

c) Les nerfs d'origine du sciatique peuvent encore être touchés *au niveau du plexus sacré*, situé au voisinage de l'articulation sacro-iliaque, presque au contact des organes pelviens (utérus et annexes, vessie, rectum). La *plexite sacrée* se traduira cliniquement par une algie du type sciatique, à laquelle peu-

vent s'associer quelquefois des phénomènes douloureux dans le territoire du nerf crural ou du honteux interne, expliqués par les rapports qu'affectent entre eux les plexus lombaire et sacré.

d) Enfin fréquemment c'est le nerf lui-même qui est lésé, dans son trajet périphérique. C'est ainsi qu'au niveau de l'échancrure sciatique ou de la gouttière ischiotrochantérienne, d'autres fois même plus bas, le nerf peut participer à l'inflammation chronique des organes de voisinage. C'est alors la *sciatique tronculaire*, la seule qu'on connut autrefois et qu'on peut distinguer en névralgie ou névrite selon sa gravité et les différents troubles nerveux qu'elle occasionne.

III. — Les symptômes

La sciatique est avant tout un syndrome douloureux, évoluant en général par accès, par crises paroxystiques entre lesquelles le malade garde un endolorissement plus ou moins marqué que réveillent l'effort et le jeu musculaire.

Le début est habituellement lent et insidieux, quelques mouvements deviennent douloureux, la marche elle-même est rapidement pénible, ces phénomènes vont s'aggravant sans cesse, malgré le repos relatif que s'est imposé le malade. D'autres fois l'algie débute brusquement par une douleur aiguë, violente, empêchant tout mouvement. Elle dure une semaine

ou deux, s'atténue puis disparaît à peu près complètement pour réparaître quelques mois après et s'installer alors de façon plus durable.

A la période d'état le malade se présente avec un tableau clinique assez particulier dont l'élément essentiel est la douleur subjective.

Les douleurs siègent en des points variables. Parfois elles sont limitées à la fesse (*sciatiques hautes* de SICARD), d'autres fois à la face postérieure de la cuisse, plus rarement au mollet et à la région latérale externe de la jambe. Mais assez fréquemment elles peuvent s'étendre à toute la face postérieure du membre, du creux poplité surtout à la région de la grande échancrure sciatique et, selon l'expression classique, c'est par le geste de « frotter une allumette » que le malade désigne le siège de ses douleurs.

Elles ont pour caractère d'être continues, entrecoupées par instants d'accès paroxystiques. Les *douleurs continues* sont assez sourdes, mal localisées, le malade à l'impression d'être contusionné, il s'agit plutôt là d'un endolorissement.

Les paroxysmes sont des élancements atrocement douloureux, comparables à un broiement, un coup de couteau, une morsure. Ils ne durent que quelques instants mais quand ils se répètent à intervalles rapprochés, leur violence est telle que le malade craignant de les voir apparaître reste confiné au lit, ou dans l'immobilité absolue. Ces paroxysmes sont habituellement spontanés, ils apparaissent fréquemment la nuit, d'autres fois ils sont provoqués par l'effort, le mouvement, la toux ou l'éternuement.

Ces douleurs ont pour conséquence d'entraîner une impotence parfois complète et des attitudes vicieuses dites « antalgiques » dans les cas qui durent depuis quelque temps.

La marche est quelquefois impossible, le malade confiné dans son fauteuil évite tout mouvement qui puisse réveiller sa crise douloureuse. Mais le plus souvent, en dehors des crises aiguës le malade peut marcher, il le fait d'une façon assez particulière.

La démarche se fait en général en réduisant au minimum l'appui du corps sur la jambe douloureuse. Le malade marche « en sautant » (TEISSIER) fléchissant à chaque pas la jambe sur la cuisse en même temps qu'il incline le tronc en avant.

De toutes les attitudes vicieuses la plus fréquente est *la scoliose* qui se fait selon deux types différents. Le plus souvent elle est croisée, le tronc s'incline du côté opposé au membre douloureux, la concavité que forme la colonne s'ouvre du côté sain. D'autres fois elle est homologue, la concavité de la scoliose regarde le côté malade.

L'examen clinique d'une sciatique doit chercher tout d'abord à mettre en évidence les douleurs provoquées et l'existence de points douloureux sur le trajet du nerf.

La pression directe sur le sciatique ou sur ses grosses branches révèle facilement la présence de nombre de ces points décrits par VALLEIX. Parmi tous ceux qu'on a signalé les principaux sont :

le point *lombaire* (angle sacro-vertébral),

le point *sacro-iliaque* (articulation sacro-iliaque),

le point *fessier* (sommet de l'échancrure sciatique),
le point *trochantérien* (gouttière ischio-trochanté-
rienne),

les trois points *fémoraux* (face postérieure de la
cuisse);

le point *péronéo-tibial* (tête du péroné),

les points malléolaire externe, dorsal du pied,
plantaire.

Après avoir constaté l'existence d'un certain nom-
bre de ces POINTS DE VALLEIX on recherchera le *signe*
des adducteurs de BARRÉ : douleur vive au pince-
ment du bord interne des adducteurs.

On cherchera toujours aussi :

LE *SIGNE DE LASÈGUE* : douleur provoquée par la
flexion de la cuisse sur le bassin, la jambe étant
maintenue en extension.

LE *SIGNE DE BONNET* : douleur vive par la flexion de
la cuisse sur le bassin avec adduction forcée et jambe
fléchie sur la cuisse.

Le *signe du sciatique poplité externe*, de SICARD,
douleur au niveau de la tête péronière par flexion
forcée du pied.

Le *signe de la toux de DÉJERINE*, et de l'éternue-
ment.

Après avoir étudié la douleur spontanée et provo-
quée il faut examiner ensuite *l'état de la sensibilité*
objective du membre. Les sensibilités thermiques et
douloureuses sont habituellement respectées, la sen-
sibilité tactile est seule touchée, et encore assez légè-
rement : hypoesthésie, très rarement anesthésie.

Les troubles moteurs sont nuls ou presque, la force

musculaire est conservée et généralement égale des deux côtés.

Par contre *l'hypotonie musculaire* est souvent assez marquée, on la note facilement par la palpation des muscles fessiers, de la cuisse, des mollets et par comparaison avec le côté sain. L'hypotonie des fessiers est aisément appréciable à l'œil par l'abaissement du pli fessier du côté malade (signe de BONDET), et la déviation du sillon inter-fessier du même côté quand on fait contracter des deux côtés les muscles de la fesse. L'hypotonie des muscles du mollet est mise en évidence par le *signe de l'équerre* de BARRÉ : en mettant le malade à genoux sur une chaise le pied fait avec la jambe un angle droit du côté malade et obtus du côté sain. L'hypotonie des muscles postérieurs de la cuisse se manifeste dans la même position agenouillée sur une chaise par la situation plus basse du talon du côté malade que du côté sain, c'est le *signe de l'abaissement du talon* de BARRÉ.

On ne manquera jamais de rechercher l'état des réflexes tendineux. On sait en effet que le réflexe rotulien est toujours normal dans la sciatique mais que le *réflexe achilléen* est fréquemment modifié comme l'a montré BABINSKI (1896). Assez souvent il est diminué par rapport au côté sain, plus rarement il est aboli.

Le réflexe rétro-malléolaire externe (BARRÉ) est également diminué ou absent du côté malade.

Le réflexe péronéo-fémoral postérieur (GUILLAIN et BARRÉ) est habituellement conservé dans les sciati-ques tronculaires et souvent aboli dans les radiculites.

VILLARET et FAURE-BEAULIEU ont signalé l'exagération des réflexes musculaires par hypercontractilité idio-musculaire au niveau des jumeaux du côté malade.

Quant aux *troubles trophiques* ils n'existent guère que dans les sciaticques durant déjà depuis quelque temps. Le plus constant est l'atrophie musculaire qui est la signature d'une névrite déjà ancienne. Le plus souvent d'ailleurs elle est légère et passerait inaperçue si on ne la cherchait pas systématiquement. On la trouvera plus volontiers à la face dorsale du pied, le pédieux du côté de la sciatique est mou et atrophié, c'est le *signe du pédieux* de BARRÉ qu'on met en évidence en demandant au malade de redresser ses orteils. L'existence de contractions fibrillaires au niveau des muscles de la fesse (ROSE), la sécheresse de la peau, sont plus rares.

Parmi les *troubles vaso-moteurs*, le plus net est la diminution de la température locale du membre malade, signalée par LANDOUZY et récemment étudiée par BARRÉ. Elle siègerait pour cet auteur en certaines zones d'élection : face externe de la jambe et plante du pied.

Les *troubles des réactions électriques* sont assez fréquents au cours de la sciatique. NÉRI a mis en évidence l'hyper-excitabilité faradique et galvanique du nerf malade et des muscles qu'il innerve. On a signalé dans les névrites graves des réactions de dégénérescence partielle.

Tous ces symptômes s'assemblent cliniquement de

façons variables pour réaliser des formes différentes selon l'intensité des signes observés.

LA NÉVRALGIE SCIATIQUE est la forme la plus bénigne, elle ne se manifeste que par des douleurs continues ou paroxystiques pouvant être intermittentes, fugaces, entrecoupées de longues périodes de latence. Les réflexes tendineux restent normaux, il n'existe pas de troubles trophiques. Il s'agit en somme simplement d'une affection douloureuse transitoire, fréquemment récidivante, très sensible aux agents externes (froid, humidité) et à la fatigue musculaire du membre atteint.

LA NÉVRITE SCIATIQUE est une forme plus grave, plus rebelle aussi à la thérapeutique. Les douleurs deviennent continues dans l'intervalle des crises, l'affaiblissement du réflexe achilléen apparaît bientôt avec les troubles trophiques (atrophie musculaire) et les attitudes vicieuses (scoliose). Des zones d'hypoesthésie ou d'anesthésie peuvent apparaître mais à topographie périphérique, plus rarement zones d'hype-resthésie. Ces névrites sont particulièrement tenaces, elles entraînent une impotence fonctionnelle considérable.

LA SCIATIQUE RADICULAIRE est de connaissance plus récente (DÉJERINE 1896, LORTAT-JACOB et SABARÉANU 1904). En dehors des douleurs qui sont très vives, surtout la nuit, apparaissent des troubles de la sensibilité objective, des zones d'hypoesthésie ou d'anesthésie à topographie radiculaire, en longues bandes longitudinales, régulières, parallèles entre elles et à l'axe du membre. Le signe de la douleur à la toux et

à l'éternuement est positif. La ponction lombaire sera toujours faite, elle montrera fréquemment une lymphocytose avec hyperalbuminose du liquide céphalo-rachidien.

IV. — Le diagnostic

Le diagnostic positif est habituellement facile, il s'appuiera moins sur le caractère des douleurs que sur les troubles de la sensibilité objective, les modifications de la réflectivité tendineuse, l'hypotonie ou l'atrophie musculaire.

Le diagnostic différentiel se pose surtout avec les lésions articulaires chroniques de voisinage.

Les arthrites chroniques de la hanche sont fréquentes elles peuvent donner des manifestations douloureuses analogues au syndrome sciatique. On les éliminera par l'examen soigneux de l'articulation : examen clinique qui dépistera la limitation des mouvements, la raideur, la douleur qu'ils provoquent, examen radiographique qui viendra confirmer les données cliniques en montrant l'état des pièces articulaires.

La sacrocoxalgie chronique, sacrocoxalgie médicale postérieure de ROUQUIER peut également donner une scène douloureuse de la région fessière. La question est alors de savoir si elle s'accompagne ou non de retentissement inflammatoire funiculaire, si elle est ou non associée à une sciatique funiculite.

Le rhumatisme vertébral chronique à localisation lombaire, lumbarthrie /de LÉRI, lumbalgies chroniques, simples de SICARD et FORESTIER sont également des affections douloureuses qui peuvent s'accompagner ou non de sciatique funiculaire.

On éliminera assez facilement la méralgie paresthésique de ROTH ou névralgie du fémoro-cutané par le siège des douleurs, elles sont toujours bien localisées à la face antéro-externe de la cuisse, elles n'apparaissent qu'à l'occasion de la marche ou de la fatigue.

On songera enfin à éliminer les douleurs bilatérales de la polynévrite alcoolique, les douleurs fulgurantes du tabes, les douleurs des artérites à leur phase préoblitérante par la recherche des signes associés de ces différentes affections.

Beaucoup plus important est le *diagnostic étiologique*, nous aurons maintes fois l'occasion d'y revenir au cours de ce travail. Nous avons déjà dit que peu nombreux sont les cas où l'on peut assigner à la sciatique une cause bien établie et en faire une sciatique secondaire ou symptomatique.

Sciatiques de causes locales

Nous envisagerons successivement avec SICARD les différentes formes topographiques de ces sciatiques de causes locales.

Une place à part doit tout d'abord être faite aux *causes évidentes* : traumatismes, lésions directes du

nerf en un point quelconque de son trajet, fracture consolidée du bassin avec cal exubérant comprimant le sciatique, corps étranger de voisinage, injections intramusculaires ayant pu piquer le nerf ou apporter à son contact des substances médicamenteuses irritantes (quinine, mercure), causes obstétricales : compression du plexus sacré par l'utérus gravide. Quand ces causes existent le syndrome douloureux est facilement explicable.

Mais le plus souvent la cause doit être recherchée, elle sera variable selon la forme haute, moyenne ou basse de l'algie sciatique observée.

A. — *Sciatiques hautes*

Ce sont des radiculites ou des funiculites.

Les *sciatiques radiculaires* sont souvent le fait de méningites chroniques, syphilitiques surtout, de la période tertiaire. Il peut s'agir parfois d'un tabes. La ponction lombaire montre dans tous les cas une lymphocytose marquée avec hyperalbuminose et réaction de Wassermann positive dans le liquide céphalo-rachidien.

D'autres fois il s'agit d'un mal de Pott lombosacré, surtout chez les jeunes dont la douleur est calmée par le repos et l'immobilisation. On recherchera alors soigneusement la déformation rachidienne, le point douloureux à la percussion des apophyses

épineuses, les signes d'abcès. On fera toujours des radiographies de la colonne.

La sciatique peut être aussi causée par une tumeur médullaire (lumbago xantochromique de SICARD et LAPLANE). Les douleurs bilatérales, non influencées par le repos, peuvent apparaître bien longtemps avant tout signe de déficit moteur des membres inférieurs. L'algie sera rapportée à sa cause à la suite de la ponction lombaire qui révèle la dissociation albumino-cytologique, parfois un syndrome de FROIN, et par les radiographies de la colonne après injection intrarachidienne d'huile iodée (lipiodol).

Dans quelques cas plus rares, c'est un cancer des vertèbres qui a donné naissance au syndrome sciatique, cancer le plus souvent secondaire et métastatique, au cours de l'évolution d'un néoplasme du sein, de l'estomac, de l'utérus, déjà connu et traité.

La sciatique funiculaire (algie du trou de conjugaison de J. FORESTIER) est souvent réalisée par des lésions osseuses: arthrite apophysaire chronique sacro-vertébrale de H. FORESTIER, rhumatisme vertébral ostéophytique de TEISSIER à localisation lombaire prédominante, lumbarthrie de LÉRI avec déformation des vertèbres « en diabolo » et couronnes ostéophytiques apophysaires « en bec de perroquet », spondylose rhumatismale chronique de ROUQUIER, toutes lésions assez analogues, comprimant le funicule et déterminant l'algie sciatique avec ses caractères habituels. Ces lésions seront suspectées par les antécédents arthritiques et rhumatismaux, la raideur de la colonne, la douleur à la percussion des apophyses

épineuses, elles seront affirmées par la ponction lombaire (pas de modifications du liquide céphalorachidien sauf une légère hyperalbuminose) et surtout par les radiographies de la colonne lombaire.

La sciatique du type funiculaire doit dans quelques cas être rapportée à des anomalies de développement du segment lombo-sacré. BERTOLOTI, LÉRI, NOVÉ-JOSSERAND ont insisté sur la fréquence de la sacralisation de la V^e vertèbre lombaire, LÉRI et ENGELHARD ont signalé en outre la lombalisation de la 1^{re} vertèbre sacrée. Dans tous ces cas d'ailleurs, c'est moins le volume anormal des apophyses transverses que le rétrécissement des trous lombo-sacrés qu'elles entraînent, qui joue le rôle prédominant dans l'apparition de la funiculite. Toutes ces lésions seront mises en évidence par des radiographies précises de la région douloureuse.

B. — *Sciatiques moyennes*

« Les sciatiques moyennes sont des *plexites*, elles ne peuvent être déterminées localement que par des affections du petit bassin ou par une arthrite sacro-iliaque ». (L. RAMOND). On devra donc s'assurer d'abord qu'il ne s'agit pas d'une arthrite chronique sacro-iliaque (sciatiques sacro-iliaques de BARRÉ et LE MANSOIS-DUPREY) par l'examen clinique de cette articulation, la démarche avec claudication particulière, les radiographies en série.

On fera toujours ensuite un examen viscéral com-

plet du petit bassin, un toucher vaginal et un toucher rectal, pour déceler un cancer de la vessie, de la prostate ou du rectum, un cancer utérin, un fibrome, une annexite chronique, un kyste ovarien pouvant comprimer le plexus sacré.

C. — *Sciatiques basses ou tronculaires*

Elles ne sont pas fréquemment dues à une cause locale. Dans quelques cas la sciatique est consécutive à une tumeur osseuse de voisinage (ostéosarcome de l'extrémité supérieure du fémur).

Dans d'autres elle peut être rapportée à l'existence de varices volumineuses et chroniquement enflammées (sciatiques variqueuses de QUÉNU).

Elle peut être enfin le reliquat d'une phlébite, dont elle constitue une séquelle durable.

Sciatiques de causes générales

Quand aucune cause locale ne peut être mise en évidence on pensera tout d'abord aux causes toxiques.

Le *diabète* entraîne fréquemment des névralgies diverses, des sciatiques en particulier. Elles sont souvent bilatérales, rebelles aux analgésiques, influencées au contraire par le régime et l'insuline. On

devra donc toujours examiner les urines à la liqueur de Fehling.

L'algie sciatique est fréquente aussi au cours de la *goutte*, alternant avec les crises articulaires, volontiers chronique et rebelle à la thérapeutique.

Il faudra penser ensuite aux causes infectieuses. La *tuberculose* peut l'engendrer, à titre d'infection générale (sciatique pré-tuberculeuse de LANDOUZY).

On l'observe enfin quelquefois au cours du *paludisme*, à la phase aiguë de la *blennorragie*, au déclin de la grippe, de la fièvre typhoïde, de l'infection puerpérale.

Sciatiques « essentielles »

« La longue enquête étiologique aboutit très souvent à un échec complet » (L. RAMOND), la cause de la sciatique reste fréquemment ignorée même après l'examen le plus minutieux. On en arrive au diagnostic de sciatique essentielle, qu'on qualifie parfois de « rhumatismale », d'autres fois que l'on dit être « a frigore ». C'est certainement la forme de sciatique la plus fréquente, pour laquelle LASÈGUE s'était demandé s'il ne s'agissait pas d'une maladie épidémique. C'est pour elle que nous voudrions dans ce travail présenter quelques faits anatomiques et cliniques qui nous paraissent très fréquents. Nous ne voulons pas dissenter sur des pathogénies plus ou

moins obscures qui restent habituellement stériles, mais apporter notre contribution clinique et thérapeutique à l'étude des sciaticques dites essentielles pour lesquelles la plupart des traitements échouent d'habitude. Nous voulons simplement prouver qu'il existe des lésions évidentes lorsqu'on veut bien les chercher, ne nécessitant aucune éducation clinique particulière, qui suffisent maintes fois à expliquer un syndrome douloureux, du type sciatique comme le juge l'effet de la thérapeutique. Bien peu de médecins songent en effet, en face d'une sciatique, à explorer minutieusement le tissu cellulaire, à y rechercher les nodules cellulalgiques, les infiltrats cellulitiques douloureux, qui sont à l'origine d'un certain nombre de ces algies. Et pourtant il s'agit là d'un examen capital chaque fois que l'on a sans succès épuisé la liste des causes locales ou générales du syndrome sciatique. De cet examen dépend la guérison du malade et pourtant beaucoup restent incrédules devant les faits qui leur sont soumis, comme si le tissu cellulaire n'était pas assez « noble » pour mériter l'examen du clinicien au même titre que les autres.

Aussi la question des infiltrats cellulalgiques est elle habituellement mal connue. Avant de décrire ce que nous appelons les fausses sciaticques par infiltrats cellulalgiques nous présenterons d'abord une étude rapide de ces lésions avec leurs symptômes, leur diagnostic, leur substratum anatomique, toutes choses trop souvent ignorées et pourtant si fréquentes.

CHAPITRE II

Les infiltrats cellulalgiques en général

Habituellement décrits sous le nom de « cellulite », les infiltrats cellulalgiques, lésions très fréquentes et découvertes depuis longtemps, ont connu des fortunes diverses depuis les premiers auteurs qui en ont fait mention. Ils ont connu surtout des appellations bien différentes : « nodules fibreux de myalgie », « œdèmes cellulitiques », « engorgements lymphatiques », « fibrosite », « panniculite », autant de termes équivalents successivement employés selon les tendances personnelles des auteurs à les rattacher à leur cause, autant d'étiquettes mises sur des faits qui paraissent identiques depuis la période empirique des masseurs suédois jusqu'à celle des recherches plus récentes et plus scientifiques.

Le terme de cellulite est le plus communément employé aujourd'hui bien que de l'avis de tous il soit équivoque. On décrit en effet sous le nom de « cellu-

lite pelvienne » une inflammation aiguë, septique et infectieuse du petit bassin (cellulite aiguë chirurgicale). On désigne aussi sous ce nom une altération lente, subaiguë ou chronique du tissu sous-péritonéal, bien décrite par STAFFER (1897) dans son manuel de kinésithérapie gynécologique, par GEOFFROY SAINT-HILAIRE (1898), et actuellement individualisée en gynécologie médicale. Bien que nous laissions complètement de côté dans cette étude, toutes les cellulites pelviennes qui feraient à elles seules l'objet d'un travail important, le terme de « cellulite » n'en reste pas moins malheureux quand on l'applique comme on le fait d'habitude aux lésions si particulières du tissu cellulaire en général que nous avons dénommées infiltrats cellulalgiques.

La plupart des auteurs modernes qui ont étudié la question ont émis des idées identiques : « Le terme de cellulite n'est pas heureux, il localise au tissu cellulaire un processus qui, probablement, peut atteindre toutes les régions du tissu connectif interstitiel. De plus les mots en « ite » éveillent en nous l'idée d'une réaction inflammatoire (adénite, lymphangite, etc...). Or, si nous comprenons le chirurgien qui parle de cellulite cancéreuse ou inflammatoire, nous sommes surpris d'apprendre que la cellulite arthritique se distingue de la lymphangite par l'absence de réaction inflammatoire cliniquement appréciable » (L. ALQUIER).

A ce terme impropre de « cellulite » M. le Professeur PAVIOT a substitué celui d' « infiltrat cellulalgique » qui correspond parfaitement anatomiquement et

cliniquement aux lésions observées, comme nous espérons le montrer au cours de ce travail.

Historique

Les premières descriptions que nous ayons pu trouver des infiltrats cellulalgiques nodulaires remontent à 1816 dans un livre de WILLIAM BALFOUR sur le rhumatisme chronique. Cet auteur signale avoir observé des malades chez lesquels « le fascia des muscles et les gaines des tendons étaient épaissis, noueux, et gonflés », présentant un grand nombre de petits nodules et d'épaississements douloureux au toucher desquels s'irradiait la douleur aux parties voisines.

SCUDAMORE en 1827 décrit des faits analogues : petits nodules dans l'épaisseur du fascia lata, tendons noueux à leurs insertions, épaississements aponévrotiques, muscles ressemblant à une masse de ligaments.

Ces infiltrats douloureux étaient alors considérés en Angleterre comme l'apanage ou même la cause du rhumatisme chronique. On retrouve cette pathogénie dans les travaux de HELLEDAY, EWER, DUCKWORTH, FOWLER et MIDDLETON qui dénomment ces lésions : *nodules rhumatismaux*.

La cellulalgie nodulaire, telle que nous la concevons actuellement semble avoir été bien individualisée depuis assez longtemps par les masseurs Suédois.

Elle n'apparaît en France qu'avec un travail de NORDSTROOM (1888) signalant la guérison de céphalées rebelles par le massage des muscles cervicaux et dorsaux indurés et douloureux.

En 1891 JOSEPHSON dans sa thèse inaugurale (Stoc-kholm) étudie la cellulite sous cutanée de la paroi abdominale.

En 1893 STAFFER s'attache à prouver que la cellulite sous-cutanée n'est qu'une variété de la cellulite pelvienne gynécologique.

En 1896 RICHARD HOGNER, médecin suédois, publie un article sur la « cellulite », ou « panniculite adipeuse », complication habituelle des maladies des femmes.

En 1905, dans son rapport au Congrès français de médecine, J. TEISSIER décrit à propos des rhumatismes goutteux et diathésiques, les nodosités sous-cutanées qu'il range dans le « rhumatisme du tissu cellulaire des anciens médecins français ».

De nombreux travaux modernes ont étudié les faits de plus près, ils ont ébauché la notion actuelle de l'infiltrat cellulalgique, de ses formes pseudo-névralgiques.

WETTERWALD dès 1909 rapporte à la cellulite et à ses nodules douloureux les points névralgiques décrits par VALLEIX.

FAYRE et Tournade signalent en 1913 le rôle de la cellulite dans la sciatique.

HANRIOT dans sa thèse (1913) « Contribution à l'étude d'une des manifestations de l'arthritisme :

la cellulite » résume d'une façon précise toute la séméiologie du nodule cellulitique.

ALQUIER, dans une série de travaux échelonnés depuis 1917 considère la cellulite comme « un infiltrat spécial des tissus interstitiels », il s'applique à la traiter par le massage et les agents physiques.

H. FORESTIER en 1923 isole la cellulite vertébrale du cou caractérisée par un syndrome douloureux névralgique et des nodosités tout le long des gouttières vertébrales de la région cervicale.

En 1926, M. le Professeur PAVIOT, résumant les idées modernes sur la cellulite, jette un jour nouveau sur sa pathogénie en montrant ses rapports avec les troubles hépato-digestifs et le terrain qui la voit habituellement éclore.

En Angleterre R. STOCKMAN étudie en 1904, ce qu'il appelle encore la nodosité rhumatismale et en publie des examens histologiques. Il insiste très justement sur le caractère du massage qui reste pour lui la thérapeutique de choix. Tout récemment (Congrès de Bath 1928) cet auteur propose une pathogénie infectieuse latente de ce qu'il nomme actuellement fibro-site ou panniculite, en s'écartant de plus en plus du rhumatisme chronique.

On est étonné en faisant l'histoire de la question de voir combien elle est anciennement connue et pourtant si peu répandue. Personne ne met aujourd'hui en doute l'existence de la cellulite mais les uns croient à une rareté anatomo-clinique alors qu'il s'agit d'une lésion très fréquente, les autres lui dénie tout intérêt scientifique, comme si elle devait rester l'apa-

nage du masseur, n'étant pas digne d'être celui du médecin. Il semble qu'un discrédit ait été jeté sur le tissu cellulaire et qu'il faille l'ignorer. Nous allons voir pourtant que les symptômes des infiltrats cellulalgiques devraient éveiller l'attention du médecin en face d'un malade se plaignant de phénomènes douloureux bien localisés, au niveau de certains points dont la consistance se trouve nettement modifiée.

Leurs Symptômes

Ils sont avant tout fournis par la palpation méthodique des plans superficiels en certaines zones plus fréquemment intéressées dites « *d'élection* ».

La palpation douce et superficielle révèle facilement en effet la présence des nodules cellulalgiques. Ce sont des infiltrats de toutes formes et de toutes dimensions, tantôt véritables nodosités comparables à des billes, à de gros plombs, ou plus allongées en olives ou en noyaux de dattes, tantôt des cordons sinueux et trapus, tantôt des placards légèrement bombés, irréguliers, qui semblent blinder le tissu cellulaire.

Leur consistance est variable, les uns de formation récente sont mous, un peu rénitents, parfois ils crépitent finement sous les doigts, ils peuvent même disparaître après des palpations prolongées et répétées ; d'autres, de date plus ancienne sont franchement indurés et fibreux.

Les uns et les autres sont en général très nettement douloureux ; dès que le doigt arrive à leur contact et les écrase, le malade réagit violemment par un mouvement de retrait et par une exclamation de douleur. D'ailleurs si les premières palpations exacerbent nettement la sensation douloureuse, celle-ci cède le plus souvent aux examens renouvelés qui agissent à la manière d'un pétrissage.

Mais, si la plupart de ces exsudats sont douloureux, très souvent ils ne le sont pas spontanément, le malade n'en souffre pas, il en ignore d'ailleurs habituellement l'existence. La palpation de ces nodosités latentes n'en provoque pas moins une douleur assez vive, beaucoup plus rarement elle est indolore.

Ces infiltrats cellulalgiques peuvent siéger dans le tissu cellulaire sous-cutané, dans les aponévroses superficielles et le tissu conjonctif des gaines musculaires et tendineuses, dans les muscles mêmes et les tendons qui sont indurés comme si les espaces interfasciculaires étaient infiltrés par ces exsudats. Les muscles qui travaillent le plus, consciemment ou inconsciemment, paraissent en être fréquemment le siège soit par leurs aponévroses, leurs cloisons, leurs extrémités juxta-tendineuses, peut-être même leur corps musculaire lui-même. Il n'est pas jusqu'au tissu connectif périveineux qui ne puisse être intéressé.

On dirait que tout le « milieu intérieur » de RE-SAUT est susceptible, chez certains sujets, de devenir le siège de dépôts, de déchets, en rapport avec le trouble du fonctionnement de ce milieu ou les altéra-

tions des humeurs qui y circulent, dont la composition ou les échanges ne sont plus normaux.

D'où des stases, des points d'engorgement, de stagnation, et si des filets nerveux sensitifs périphériques y sont emprisonnés, des douleurs spontanées et paroxystiques d'allure névralgique, à l'occasion du mouvement des muscles.

Pour rechercher ces infiltrats on sera guidé par l'existence des territoires douloureux que signale le malade, on les trouvera alors avec tous leurs caractères dans les zones d'élections de la cellulalgie.

S'il s'agit d'un syndrome pseudo-sciatique on palpera soigneusement la fesse et surtout la région sacro-iliaque et le bord inférieur de la crête iliaque, immédiatement en dehors de l'épine iliaque postérieure et supérieure. On pourra y sentir des nodules allongés, sur l'insertion tendineuse des muscles fessiers qui apparaît alors irrégulière et festonnée.

En dehors de ces points les principales zones d'élection sont au membre inférieur : la face externe de la cuisse, au niveau de l'aponévrose du tenseur du fascia lata, le creux poplité, les muscles jumeaux, les parties latérales de la gaine du tendon d'Achille.

Dans la région dorsale : les gaines des muscles des gouttières vertébrales, le bord interne et l'épine de l'omoplate, la fosse sus-épineuse.

A la région cervicale : les muscles de la nuque, le bord antérieur du trapèze, et plus profondément la gaine des muscles du bouquet de RIOLAN, enfin la région mastoïdienne et la nuque, au voisinage de l'émergence du nerf occipital. On doit toujours explo-

rer aussi la face : la région sus-orbitaire et le muscle temporal.

Sur le thorax on peut trouver des nodules dans le tiers externe du grand pectoral, dans la région sous-mammaire et au niveau de l'union des dernières côtes et des cartilages costaux.

Plus bas sur la paroi abdominale antérieure on peut fréquemment les sentir dans la gaine des muscles grands droits de l'abdomen.

Au membre supérieur les points d'élections sont la région sous-deltaïdienne ou V deltaïdien, la gouttière radiale à la face postérieure du bras, les insertions supérieures des muscles épicondyliens.

Les infiltrats cellulalgiques, selon leur siège se présentent de façons un peu différentes. Tantôt ils paraissent immédiatement sous-cutanés, mobiles, très superficiels, tantôt ils font corps avec l'aponévrose ou le muscle qui parait en être capitonné. Quand la palpation s'exerce sur un plan résistant, osseux par exemple, on sent les tissus semés de grains et de traînées discontinues, vivement douloureuses. Quand elle s'exerce au contraire sur des masses plus molles, comme à la face externe de la cuisse quand on explore le fascia lata « en couture de pantalon » on sent, si le sujet est gras, de gros pelotons arrondis, qui semblent être des lobules graisseux, de consistance légèrement augmentée. Sur les sujets maigres ce sont des brides courtes, plus ou moins profondes, paraissant adhérer, sinon se perdre dans l'aponévrose superficielle, superposées en stries scalariformes au-dessous de la région trochantérienne. Fré-

quemment enfin, surtout au niveau du tiers inférieur de la jambe ces infiltrats éveillent l'idée d'un œdème sclérémateux ou scléro-adipeux. Si l'on y cherche l'œdème il ne se produit pas de godet, mais le sujet manifeste une douleur immédiate et quelquefois très vive. On peut alors chercher les infiltrats cellulalgiques aux autres sièges d'élection, on les trouvera toujours sans difficulté.

Ces lésions cellulalgiques sont en effet le plus souvent assez diffuses, assez étendues pour qu'on puisse en faire le diagnostic sans difficulté. Il existe pourtant des formes localisées qui peuvent quelquefois paraître plus complexes.

C'est ainsi que DUVERNAY a décrit récemment sous le nom de « *boule prémalléolaire* » une cellulalgie nodulaire assez spéciale qu'il a souvent rencontré chez des rhumatisants ou des arthritiques venus à Aix-les-Bains pour y soigner leurs manifestations douloureuses. « Il arrive fréquemment, dit-il, de voir chez la femme, la cheville déformée par une sorte d'enflure localisée à la région périmalleolaire externe, plus particulièrement en avant de la malléole. Cette enflure n'est pas diffuse, elle est nettement limitée, formant une masse de la grosseur d'une noix à celle d'un œuf de poule. Le doigt n'y laisse aucune empreinte, mais sous sa pression la masse s'élargit, s'étale, et l'on voit saillir ses bords comme le ferait un kyste synovial. Le palper cependant ne révèle pas de fluctuation mais donne plutôt l'impression d'un lipome avec ses petites masses lobulées bien connues. Cette boule prémalléolaire ne s'accompagne d'aucun

œdème des tissus voisins. » Nous avons eu l'occasion d'observer plusieurs de ces infiltrats décrits par DUVERNAY, chez des malades présentant par ailleurs d'autres cellulalgies. Chez l'une d'entre elles pourtant, hospitalisée dans le service de M. le Professeur FAYRE alors que nous avions l'honneur d'être son interne, la boule prémalléolaire ne s'accompagnait d'aucune autre manifestation cellulalgique. La netteté de la lésion, correspondant exactement à la description donnée par DUVERNAY, nous incita à faire une biopsie, sous anesthésie locale. La boule était bien en effet faite de tissu cellulaire sous-cutané, un peu scléreux, l'examen histologique nous montra qu'il ne s'agissait pas d'un processus inflammatoire mais de ces modifications anatomiques particulières à la cellulalgie, que nous décrirons plus loin.

Leur évolution

L'évolution des infiltrats cellulalgiques est essentiellement variable selon le terrain sur lequel ils sont apparus, selon la nature ou l'absence du traitement qui a été institué.

Abandonnés à leur évolution naturelle, ces infiltrats ont peu de tendance à la résorption spontanée, le plus souvent ils s'organisent, durcissent et passent à la chronicité. Nous avons eu l'occasion d'observer des malades chez lesquels les nodules cellulalgiques existaient à tous les stades de leur évolution. Les

uns, jeunes, étaient encore mous, crépitant facilement sous le doigt, d'autres plus vieux étaient sentis nettement plus fermes, d'autres enfin, très anciens semblaient aussi durs et fibreux que du tissu cicatriciel.

On s'explique ainsi que les manifestations douloureuses qui les accompagnent n'aient aucune tendance à la régression.

Nous verrons tout-à-l'heure que parmi les formes cliniques que peut revêtir la cellulalgie, la plus fréquente est la forme pseudo-névralgique (torticolis, raideur douloureuse de la colonne cervicale, migraine, névralgie intercostale, brachialgie, lumbago, sciatique). Quand l'un quelconque de ses syndromes douloureux, ou plusieurs d'entre eux se sont installés, ils passent lentement à la chronicité, s'apaisant par instants pour reparaitre ensuite. Ces différentes algies alternent entre elles, désespérant le malade par leur ténacité, en faisant quelquefois même un impotent. Ces douleurs peuvent être tellement vives et si rebelles aux analgésiques habituels qu'elles deviennent la seule préoccupation du malade.

M. le Professeur VEYRASSAT (de Genève) a bien voulu nous communiquer l'observation d'un de ses malades présentant depuis fort longtemps des nodules cellulitiques douloureux de la région lombosacrée. Ces lésions s'accompagnaient de lumbalgie chronique avec syndrome sciatique bilatéral, douleurs particulièrement tenaces et rebelles à tous les traitements habituels de la sciatique qui avaient été institués. Nous relevons dans cette observation les lignes suivantes : « Les douleurs étaient si violentes qu'el-

les empêchaient le malade de se tourner dans son lit et le privaient de toute possibilité de sommeil. Cet état s'exaspéra au point que n'y pouvant plus tenir le malade me confia ses projets de suicide. Son médecin lui fit des piqûres de morphine qui ne lui procurèrent que des sédations très passagères, finalement il m'appela, ne sachant plus que lui faire. Le malade me déclara tout net qu'il en avait assez et qu'il était prêt à subir n'importe quoi pour qu'il ne souffre plus. » Après l'ablation chirurgicale des masses cellulalgiques le malade guérit complètement : « cette guérison s'est maintenue totale il n'a plus rien ressenti depuis plus de trois ans et il a pu reprendre sans interruption ses occupations d'entrepreneur ».

L'évolution de ces cellulalgies est en effet uniquement conditionnée par la nature de la thérapeutique. Nous aurons l'occasion de revenir sur ce point dans un chapitre spécial dévolu au traitement. Notre conception des pseudo-sciatiques par infiltrats cellulalgiques n'est pas une hypothèse ou une déduction théorique entrevue dans un laboratoire. C'est un fait clinique dont nous avons pu apprécier la fréquence puisque nous en avons trouvé onze observations pendant notre semestre d'Internat à la Clinique Médicale de M. le Professeur PAVIOT. Nous avons pu pendant ces six mois voir évoluer ces différents malades, juger de l'inefficacité des traitements antérieurs sur la ténacité de l'algie, sanctionner la conception de la cellulalgie par des guérisons thérapeutiques et l'édifier sur une base anatomique indiscutable par des examens histologiques répétés.

Les formes pseudo-névralgiques

Les infiltrats cellulalgiques évoluent presque toujours cliniquement avec le caractère d'une affection douloureuse. Ce ne sont pas des névralgies, à proprement parler, car elles ne s'accompagnent qu'exceptionnellement des accès paroxystiques spontanés qui caractérisent habituellement les différentes névralgies. Nous les appellerons donc des pseudo-névralgies. Le plus souvent en effet les douleurs sont toujours provoquées, elles le sont par le jeu musculaire, l'effort, la fatigue.

La plupart de ces formes pseudo-névralgiques ont d'ailleurs été entrevues ou isolées par un grand nombre d'auteurs.

Les Suédois savent depuis longtemps guérir certaines migraines par le massage de la nuque ou de la région temporale. Nous avons vu qu'en 1888, NORDSTROOM publiait un mémoire sur la guérison des céphalées rebelles par le massage des muscles cervicaux indurés et douloureux.

H. FORESTIER isola la cellulite vertébrale du cou avec son syndrome douloureux névralgique à type cervico-occipital et brachial.

VERGER et DELMAS-MARSALET dans plusieurs publications et la thèse de leur élève LANZALAVI décrivirent les myalgies pseudosciatiques.

HELWEG et LINSTEDT dans des articles récents ont insisté sur le siège musculaire de la douleur dans un grand nombre de névralgies sciatiques.

Les formes pseudo-névralgiques des infiltrats cellulalgiques sont en effet très fréquentes. Les unes se présentent sous l'aspect de migraines ou de céphalées, rebelles aux analgésiques habituels, tenaces et durables malgré le repos. D'autres simulent les différentes névralgies du membre supérieur, correspondant aux cervico-brachialites rhumatismales ou sciatiques du bras, décrites par ROGER. D'autres enfin peuvent revêtir l'aspect des névralgies intercostales ou du trijumeau, cervicales (torticolis), scapulaires, lombaires (lumbago).

Mais les plus fréquentes de toutes ces formes sont les pseudo-sciatiques. Ce sont celles que nous décrirons plus particulièrement, avec leurs différents caractères.

Leurs symptômes comme leur évolution ne sont pas l'apanage des membres inférieurs mais se retrouvent identiques dans toutes les autres localisations.

Il peut être intéressant de se demander pourquoi tous ces faits qui n'ont certainement pas échappé à l'attention du plus grand nombre des médecins, sont malgré tout restés dans un demi-oubli. La cellulite connut pourtant une époque de vogue. H. FORESTIER écrivait en 1924 : « La question de la cellulite est à l'ordre du jour, l'idée de diathèse rhumatismale se matérialise ». Cet appel resta vain et le silence se fit à nouveau, presque complet. Plusieurs raisons nous ont semblé pouvoir expliquer cet état de chose. Les pathogénies les plus dissemblables, les plus théoriques et nous dirons même les plus fausses ont été successivement proposées à l'origine de ces lésions.

Enfin chose plus grave, un véritable discrédit fut jeté sur la cellulite par l'extension trop considérable que certains auteurs ont voulu lui donner. Il s'est passé là ce qui arrive si souvent, on a voulu tout expliquer par la cellulite. C'est ainsi que pour certains, la plupart des appendicites, les angines de poitrine et même la neurasthénie, les différentes psychoses n'étaient qu'une série de manifestations cellulitiques. Il est bien évident qu'une telle généralisation systématique devait aboutir à la désapprobation de tous et à l'hostilité des véritables cliniciens. C'est en effet ce qui se produisit. Mais la cellulite eut des apôtres éloquentes et convaincus dont l'œuvre n'est pas morte, le jour n'est pas éloigné où elle apparaîtra à l'évidence de tous et prendra rang parmi les grands syndromes anatomo-cliniques.

Nous avons pensé qu'il était indispensable d'appuyer notre conception moderne des infiltrats cellulalgiques sur une base anatomique rigoureuse. C'est dans ce but que nous avons fait de nombreuses biopsies. Nous exposerons le résultat de nos examens histologiques après avoir discuté le diagnostic différentiel de la cellulalgie avec les différentes lésions nodulaires ou infiltrées qu'on rencontre le plus fréquemment. La discussion de ce diagnostic est d'ailleurs fort délicate en raison du nombre considérable de dénominations différentes dont on s'est servi pour décrire des faits cliniques assez semblables.

Diagnostic

Le diagnostic différentiel des infiltrats cellulalgiques ne se pose qu'à l'occasion de la perception par le palper de nodules et d'épaississements plus ou moins superficiels qu'il s'agit d'identifier.

On élimine facilement les *nodosités cutanées inflammatoires* qu'on peut observer au cours de certains érythèmes aigus fébriles : érythème noueux par exemple.

Dans l'adipose simple, banale, des obèses par exemple, on peut assez souvent sentir quelques grains un peu plus résistants qui paraissent enchassés dans le tissu graisseux. Ceux-ci sont toujours de volume réduit, ils ne sont pas douloureux, ni spontanément ni à la palpation. Il s'agit simplement là de petits nœuds fibreux parsemés irrégulièrement dans le panicule adipeux qui n'ont en aucune façon les caractères des infiltrats cellulalgiques.

Le diagnostic est encore assez simple lorsqu'il s'agit de *lipomes* sous-cutanés. Ceux-ci sont plus ou moins nombreux, ils peuvent être irrégulièrement disséminés, ou symétriquement placés (lipomatose symétrique). Leur volume varie depuis une bille jusqu'à une noix ou même une orange et bien davantage. La palpation de ces lipomes est toujours indolore dans les formes habituelles, leur consistance est assez molle, parfois un peu rénitente, on distingue au doigt l'existence de lobules, irrégulièrement répartis et as-

semblés au sein de la masse principale. Leur existence ne se traduit par aucune manifestation douloureuse, ils se présentent comme de petites tumeurs indolentes, à peine gênantes ou disgracieuses selon leur siège, sans aucun signe associé pendant tout le cours de leur évolution. Ces lipomes sont donc bien différents des cellulalgies avec lesquels il semble bien difficile de pouvoir les confondre.

Il n'en est plus de même lorsqu'on est en face d'une adipose douloureuse ou *maladie de DERCUM* et surtout quand elle se présente avec sa forme nodulaire. Si l'on se reporte au mémoire de DERCUM (1888) qui décrivait alors « le cas d'une femme atteinte d'adipose douloureuse, d'asthénie physique et de troubles psychiques » on constate facilement que tout ce qui a été publié depuis sous le nom de maladie de DERCUM diffère sensiblement du syndrome primitif. Quoiqu'il en soit il semble bien qu'on englobe actuellement sous ce titre des manifestations fort différentes. Il existe indiscutablement des lipomatoses douloureuses nodulaires qui ne sont pas des cellulalgies. Nous avons eu l'occasion d'observer dans le service de M. le Docteur GALLAVARDIN pendant le semestre où nous avons eu l'honneur d'être son interne, le cas d'une femme présentant ce syndrome avec la plus parfaite netteté. Elle présentait en nombre considérable, de petits nodules très arrondis ayant la consistance caractéristique du lipome, parsemés en les points les plus divers de son tissu cellulaire sous-cutané. Un de ces nodules ayant été prélevé par M. le Docteur GATÉ montra qu'il s'agissait bien en effet

de lipome, la masse tout entière était faite de tissu adipeux strictement normal. Ces lipomes étaient nettement douloureux à la palpation mais ne présentaient aucune douleur spontanée du type névralgique.

L'existence de ces faits est indiscutable, leur évolution est essentiellement bénigne, leur pathogénie reste parfaitement inconnue.

Mais à côté de ces lipomatoses nodulaires douloureuses authentiques, il nous a semblé que nombre de lésions étiquetées maladie de DERCUM se rapprochaient sensiblement de nos infiltrats cellulalgiques. Le plus grand nombre de ces cas se présentent sous la forme de larges placards scléro-adipeux douloureux, irréguliers, variables dans leur consistance selon les points envisagés. Des lésions analogues ont été décrites en 1896 par le Suédois RICHARD HOGNER sous le nom de « panniculite adipeuse » et rattachées par lui aux cellulites. Nous avons eu l'occasion d'en observer chez certaines femmes qui présentaient par ailleurs des infiltrats cellulalgiques typiques avec un syndrome douloureux.

Il reste à envisager toute une série d'œdèmes localisés, du type QUINCKE, considérés aujourd'hui comme des manifestations d'ordre anaphylactique. Là encore, certains cas ne prêtent pas à discussion, l'œdème apparaît brusquement, disparaît de même, puis se répète à intervalles irréguliers. D'autres cas sont un peu différents en ce sens qu'ils s'accompagnent quelquefois d'infiltrats cellulalgiques qu'ils débordent, on observe alors la coexistence des deux lésions. Il importe donc dans tous les cas d'explorer soigneuse-

ment le tissu cellulaire pour faire à chaque chose la part qui lui revient.

Enfin selon le siège des cellulalgies le diagnostic peut se poser avec des kystes synoviaux et surtout avec des *ganglions*. L'erreur ne sera pas commise si l'on a soin de ne pas limiter l'examen au point considéré mais de rechercher dans les zones d'élection s'il existe d'autres infiltrats ayant les caractères que nous leur avons décrit. Nous gardons l'impression que ce diagnostic est facile dans tous les cas où l'on pense aux infiltrats cellulalgiques et où l'on songe à les rechercher.

Substratum anatomique

On s'étonne à juste titre du peu de document anatomiques réunis jusqu'à ce jour, par rapport à la quantité relativement considérable de travaux qu'a suscité la question des cellulites. HANRIOT fait remarquer dans sa thèse que « l'anatomie et l'histologie pathologiques de la cellulite sont très peu connues parce que les recherches en sont récentes, que plus rarement observées à l'Hôpital qu'en clientèle ces études sont difficiles, enfin parce qu'étant habituellement bénignes elles n'entraînent pas la mort et n'attirent pas l'attention lors des autopsies. »

L'étude la plus ancienne est celle des cas expérimentaux de cellulite abdomino-pelvienne provoquée, dans la thèse de GEOFFROY SAINT-HILAIRE en 1898. Ses

examens histologiques se sont d'ailleurs bornés à étudier les rapports de ce qu'il appelle l'œdème fibro-plastique avec les lésions annexielles, utérines ou du péritoine pelvien.

A côté des travaux de GEOFFROY SAINT-HILAIRE qui ne se rapportent qu'à la cellulite abdomino pelvienne, DERCUM en décrivant l'adipose douloureuse publie le résultat d'autopsies de malades ayant présenté ce syndrome. Il signale ainsi des lésions de névrite interstitielle au niveau des filets nerveux inclus dans les masses adipeuses sous-cutanées. Ces dernières étaient constituées par des sortes de ganglions hémolymphatiques, montrant à la coupe des vaisseaux sanguins au milieu d'un tissu réticulaire et de cellules lymphoïdes. Ayant pu pratiquer des examens histologiques nombreux d'un des cas qu'il a soigné, il put constater de visu le début du processus pathologique par l'œdème et son évolution vers l'adipose avec terminaison scléro-adipeuse. Ces biopsies concordèrent avec le résultat d'autopsies où il trouva réunis sur le cadavre les trois stades de la maladie.

Pour STAFFER le caractère anatomo-pathologique de la cellulite est la dilatation des veines et le resserrement des artères, altérées ou non avec infiltration ambiante diffuse ou localisée, puis épaissement du tissu conjonctif formant des tuméfactions de volume variable. Les névrites périphériques sont la cause de ces œdèmes. La névrite à son tour produit les effets bien connus sur les appareils moteurs, sensibles, vasomoteurs et sécrétoires, ainsi se trouve constitué le

cercle vicieux. Ce sont les phénomènes cellulo-névritiques de WETTERWALD.

Ces différents examens histologiques semblent en réalité avoir été bien superficiels et dominés par une idée pathogénique que l'on a voulu expliquer anatomiquement. La cellulite a été considérée comme une inflammation chronique du tissu cellulaire, l'examen microscopique rapide de prélèvements d'autopsie a montré des lésions grossières qui n'ont pas été minutieusement analysées.

La plus grande part de ces examens est à notre avis entachée d'une erreur fondamentale, c'est d'avoir été faits sur des fragments de cellulite prélevés sur le cadavre. Aucune histologie fine ne peut être faite dans ces conditions, nous dirons même davantage, on ne retrouve jamais les infiltrats cellulalgiques après la mort, sauf lorsqu'il s'agit de nodules très anciens, complètement fibreux et ne présentant de ce fait qu'un intérêt anatomique très restreint. M. le Professeur PAVIOT écrivait en 1926 au sujet des nodules cellulalgiques sacro-iliaques : « Ce sont les plus fréquemment rencontrés, ils ont fini par être pour nous un des moyens d'exploration et de diagnostic les plus faciles et les plus rapides sur le vivant. Or jamais nous n'avons pu les retrouver à une autopsie, et pendant longtemps nous les avons cherchés sur le cadavre. Si bien que nous avons été conduit à penser que la mort, succédant en général, à une dénutrition même courte, n'en laissait plus trace ; que ces nodosités sont en grande partie de constitution liquide, cellulaire, donc très résorbables, et que la turgescence

vasculaire tombée après la mort, les derniers vestiges en disparaissaient sur le cadavre, ou que du moins il n'en subsistait pas suffisamment pour que nous puissions les sentir et les y retrouver. »

Pour notre part, nous avons systématiquement recherché pendant six mois dans les nombreuses autopsies que nous avons fait à l'Hôtel-Dieu soit pour les travaux pratiques d'anatomie pathologique soit pour les malades de la Clinique médicale, l'existence des infiltrats cellulalgiques aux points d'élection, nous n'en avons jamais trouvé la moindre trace.

Aussi dès le début de nos travaux sur les infiltrats cellulalgiques nous avons pensé qu'il fallait s'adresser aux *biopsies* pour obtenir des pièces anatomiques correctes. Ces biopsies ont été faites aussi souvent que les malades ont bien voulu s'y prêter, en s'entourant de toutes les précautions nécessaires pour que les fragments prélevés ne soient pas altérés mais convenablement fixés. Toutes ces biopsies ont été faites en salle aseptique, avec les mêmes précautions chirurgicales que s'il s'agissait d'une laparotomie et sous anesthésie générale. Une seule biopsie, la première, fut faite sous anesthésie locale. Nous avons pensé que l'injection régionale de novocaïne pouvait amener des modifications vaso-motrices ou une infiltration artificielle des tissus prélevés, aussi avons nous préféré utiliser dans la suite l'anesthésie générale. Il s'agissait d'ailleurs dans ce premier cas d'une cellulite bien particulière que DUVERNAY a isolé et nommé « boule prémaléolaire externe ».

Nous avons pu pendant six mois pratiquer des

biopsies larges chez quatre autres malades de la Clinique médicale dont un porteur d'une sciatique (Observation I). Les autres présentaient des infiltrats cellulalgiques des plus nets s'accompagnant de phénomènes douloureux variés (lumbago, torticolis, algies intercostales, migraines). A chaque biopsie nous avons prélevé une dizaine d'infiltrats à leurs différents stades, de types divers (nodules, cordons, placards). Nous avons en même temps pu prélever deux fois des fragments de muscles fessiers chez des malades présentant des douleurs de la fesse à l'occasion des mouvements et de la marche.

Toutes ces pièces ont été immédiatement, dans la salle d'opération, lavées au sérum artificiel tiède pour les débarrasser du sang provenant de l'acte chirurgical et fixées dans les cinq minutes après l'ablation au formol salé ou au liquide de BOUIN.

Nous possédons ainsi dans notre collection personnelle plus de vingt fragments qui ont été coupés et colorés à l'éosine-hématéine-safran ou au trichrome de P. MASSON. Les autres fragments ont été examinés au Laboratoire d'Anatomie Pathologique par d'autres méthodes : coupes à la congélation, colorations électives de la graisse, du tissu élastique, des nerfs. Par ces examens histologiques faits en série nous avons pu déceler les plus petites modifications anatomiques des différents infiltrats selon leur âge, nous décrirons dans un instant les stades successifs de l'évolution pathologique de ces lésions.

Nous voudrions en effet rappeler d'abord les faits histologiques décrits par STOCKMAN en 1904 à l'occa-

sion de biopsies pratiquées chirurgicalement chez des malades présentant des infiltrats cellulalgiques typiques qu'il appelait encore à cette époque « indurations rhumatismales chroniques ».

R. STOCKMAN écrit : « Le nodule de la fesse droite, distinctement senti à travers la peau, donnait l'impression d'être de la grosseur d'une petite amande. Il était très douloureux et, de ce nodule, la douleur en sciatique semblait s'irradier en bas dans la jambe. Après avoir soigneusement repéré sa place, le Dr REXTON incisa jusque sur lui. Une fois découvert il apparut comme étant une portion épaissie et saillante de la gaine du moyen fessier, de la grosseur d'un demi-pouce. Cet épaississement avec des fragments de muscle voisin fut enlevé, durci à l'alcool-formol, puis coupé. Les coupes montrèrent qu'il s'agissait de tissu fibreux engainant le muscle, tissu fibreux blanc largement hypertrophié à l'intérieur des fibres musculaires, dont un tout petit nombre sont partiellement dégénérées, plus probablement par l'action d'une toxine que sous l'influence de la pression. Les fibroblastes ne sont pas nombreux et il n'y a pas d'amas de leucocytes au voisinage de la zone enflammée. Les vaisseaux sanguins présentent nettement de la périartérite et de l'endartérite avec prolifération du tissu conjonctif, indiquant qu'ils ont aussi souffert d'une action irritante. ».

Cet examen histologique est à notre connaissance le seul qui ait été fait dans des conditions satisfaisantes. Une chose importante s'en dégage : l'absence d'inflammation banale que vient signer la diapédèse : les

amas de petites cellules rondes périvasculaires ou disposées en amas dans les interstices du tissu connectif.

L'étude microscopique de nos biopsies nous a montré à ses différents stades l'évolution de l'infiltrat jeune mou, crépitant, vers l'organisation progressive (présclérose) et la transformation définitive en tissu fibreux.

Cette évolution peut être schématiquement décrite en quatre stades successifs.

1° La lésion première semble être une vaso-dilatation simple des petits vaisseaux autour des cellules adipeuses, dans le tissu conjonctif et les espaces interstitiels. Cette vaso-dilatation caractérise la *phase congestive* au cours de laquelle aucune lésion nette ne peut être mise en évidence. Cette phase est d'ailleurs toujours très rapide, elle peut passer inaperçue.

2° Puis survient la *phase exsudative* qui correspond cliniquement aux premiers symptômes. La vaso-dilatation persiste et s'accuse encore, elle s'accompagne alors d'un exsudat presque uniquement plasmatique, sans diapédèse. Cet exsudat est d'ailleurs toujours difficile à mettre en évidence sur les coupes car il disparaît au cours de la fixation et du séjour des fragments dans l'alcool et le toluène. On constate néanmoins qu'il dissocie les travées conjonctives et s'infiltre entre les faisceaux connectifs du tissu cellulaire. Cette exsudation plasmatique correspond à l'inondation séreuse de RENAULT avec absence de cellules inflammatoires. Cliniquement elle se traduit

par la crépitation fine si particulière aux infiltrats récents.

3° Puis survient la *phase d'organisation* qui peut d'ailleurs manquer. L'exsudat peut en effet se résorber complètement ainsi qu'en témoigne la disparition de certains infiltrats douloureux ou leurs modifications par le massage. Mais s'ils sont abandonnés à leur évolution naturelle, les infiltrats vont s'organiser. Le détail de cette transformation est assez délicate à saisir et nous ne prétendons pas pouvoir la décrire encore avec quelque précision. Une seule chose est certaine, c'est la grande pauvreté en cellules inflammatoires de ce tissu de remaniement, qui contraste avec l'abondance de ces éléments dans les inflammations communes. On a l'impression que cette organisation se fait par un véritable « *phénomène du métamorphisme* » de NAGEOTTE et qu'il se produit une collagénisation progressive de la fibrine exsudée, sans intervention de cellules inflammatoires.

Par ailleurs les ramuscules nerveux du tissu conjonctif n'échappent pas à ce processus. On voit des exsudats dans l'endonèvre, bridés par le périnèvre, refouler les filets nerveux et les tirailler avant de s'organiser eux aussi comme les exsudats voisins.

4° Le terme ultime de ce processus est la *phase fibreuse, cicatricielle*. Le nodule fibreux se trouve réalisé par régression presque totale du tissu cellulo-adipeux. Les coupes présentent alors un tissu scléreux dont les faisceaux sont étroitement unis et dont les interstices ont pour la plupart disparu. Les vaisseaux sanguins du nodule présentent alors des lésions assez

nettes d'endartérite et de périartérite. On conçoit que de tels nodules ne soient plus susceptibles de régression ou tout au moins qu'elle soit très limitée.

Bien des points demandent encore des éclaircissements, sur lesquels nous en sommes réduits à des hypothèses. Le processus anatomique des infiltrats cellulalgiques n'est encore qu'ébauché, nous nous proposons d'en poursuivre l'analyse, peut-être pourrions-nous en donner un jour une étude plus complète et plus précise.

CHAPITRE III

Les sciatiques par infiltrats cellulalgiques

Nous avons dit qu'en face d'une sciatique classique, l'examen le plus minutieux ne parvient pas huit fois sur dix, ou presque, à trouver une cause expliquant l'apparition du syndrome douloureux. C'est alors qu'il faudrait songer à explorer le tissu cellulaire avant de dire sciatique « a frigore », terme qui n'a jamais satisfait personne : le malade d'abord parce qu'on élimine aussitôt à coup sûr toute chance de le guérir ; le médecin ensuite parce qu'il se voit obligé d'avouer son échec.

Il est bien évident que devant un malade présentant les signes classiques d'une sciatique *il faut en premier lieu s'assurer qu'il ne s'agit pas d'une algie symptomatique*. C'est là une règle clinique indiscutable dont il serait imprudent de s'écarter. *Il ne doit même pas venir à l'esprit d'incriminer le tissu cellu-*

laire sans avoir éliminé auparavant toutes les causes classiques des sciatiques symptomatiques.

Chez un malade atteint de mal de Pott lombaire inférieur et présentant une sciatique, il serait absurde de parler de cellulalgie, même si l'examen montrait des nodules cellulalgiques aux points d'élection.

Par contre dans d'autres cas il semble illogique de vouloir à tout prix donner comme substratum pathogénique une malformation osseuse à une névralgie sciatique. Si la radiographie met en évidence une sacralisation de la V^e vertèbre lombaire, il faudra se rappeler que bien souvent une telle malformation osseuse est une trouvaille radiographique chez des sujets n'ayant aucun syndrome douloureux. « *On a abusivement attribué à une sacralisation tout syndrome douloureux lombo-sacré, qui coïncidait avec des apophyses transverses de la V^e lombaire un peu volumineuse. Même les grosses sacralisations, radiographiquement constatées, ne doivent être incriminées que par exclusion dans les syndromes douloureux lombo-sacrés. Ce n'est pas le volume des apophyses transverses mais plutôt le rétrécissement des trous lombo-sacrés qui a quelque importance ; or, celui-ci paraît modifié autant par l'obliquité de la V^e lombaire sur la IV^e et par son enfoncement entre les os iliaques que par l'hypertrophie transversaire* » (A. LÉRI). Cet auteur ajoute encore : « Pour ceux qui acceptent l'importance de la sacralisation douloureuse, on serait admis plus de trois fois sur quatre à attribuer tout syndrome douloureux lombo-sacré, tout lumbago, toute sciatique dont on ne trouve

pas d'emblée une cause évidente, à une sacralisation sur le simple vu d'une radiographie. Il faut avouer qu'il y aurait là une de ces exagérations manifestes et flagrantes dont malheureusement la mode en pathologie nous a fourni d'autres exemples. Il est bien certain qu'on ne peut guère admettre que sous les plus extrêmes réserves comme cause de manifestations douloureuses une soi-disant anomalie qui est en réalité un état normal. »

L'examen de ces malades qui viennent avec une sciatique dite essentielle nous a montré que très fréquemment on trouvait chez eux des infiltrats cellulalgiques sur lesquels on pouvait encore agir par le massage, les guérir quelquefois complètement, en tout cas les améliorer toujours sensiblement.

Ces sciatiques cellulalgiques nous ont paru présenter très souvent quelques caractères cliniques un peu particuliers, en marge du syndrome classique que nous avons décrit.

Ce sont d'abord des malades qui ne souffrent pas au repos, qui n'ont habituellement *pas de crises douloureuses spontanées*. L'algie ne se réveille qu'à l'occasion du jeu musculaire, de la marche, de la station debout, de l'effort. Tous ces caractères ont été notés dans la plupart de nos observations.

D'autre part le syndrome qu'ils décrivent correspond à ce que SICARD a appelé les « *sciatiques hautes* », des fessiers. Le malade ne présente que peu de points douloureux au-dessous de la gouttière ischiotrochantérienne ou de la portion sous-trochantérienne du fascia lata, les douleurs ne s'irradient pas fréquem-

ment dans la cuisse ou dans la jambe, sauf après une marche prolongée ou un état de grande fatigue.

Enfin on trouve presque toujours des *points douloureux en dehors du trajet du sciatique*.

Mais ces petits signes particuliers sont infidèles, ils peuvent manquer. Sur quoi peut-on se baser alors pour affirmer ou non l'existence de la lésion du nerf.

Il nous a paru utile de rappeler les objections que quelques auteurs modernes ont fait aux signes classiques de sciatique. Nous croyons comme eux que la plupart de ces signes n'ont qu'une valeur très restreinte et qu'ils méritent d'être discutés.

1. — Etude critique des signes de sciatique

En pratique quand un malade souffre dans la région fessière, à la face postérieure de la cuisse, parfois même au niveau de la région poplitée ou de la jambe, quand tout effort musculaire est très douloureux et que l'impotence fonctionnelle est considérable, si l'on retrouve les points douloureux de VALLEIX, si le signe de LASÈGUE est positif, si par surcroît on constate une atrophie musculaire de la fesse et une diminution du réflexe achilléen on se croit autorisé à incriminer sans contestation une atteinte du nerf et l'on porte le diagnostic de névralgie sciatique. Est-il toujours justifié et les signes constatés permettent-ils d'affirmer la lésion nerveuse ?

1° LES POINTS DE VALLEIX seraient douloureux,

pour cet auteur, parce que en ces régions il est possible d'exercer électivement une certaine pression sur le trajet du nerf malade, là où le nerf est placé superficiellement ou repose sur un plan osseux. Multipliés à l'excès d'ailleurs, ils semblent bien correspondre à la situation anatomique du nerf grand sciatique et de sa branche poplitée externe. Mais comme le dit WETTERWALD « On peut mettre en évidence les fameux points de VALLEIX en totalité ou en partie chez tous les névralgiques et les rhumatisants ». En effet *ce n'est pas le nerf seulement que l'on comprime, c'est d'abord la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, puis l'aponévrose et les insertions tendineuses ou les masses musculaires*. WETTERWALD avait d'ailleurs constaté qu'on observait chez ces malades les mêmes phénomènes douloureux en soulevant simplement la peau sans comprimer le nerf ; parfois c'est en dehors du territoire nerveux que les points sensibles apparaissent et quand le pincement des adducteurs est douloureux (signe de BARRÉ) on parle de participation du nerf obturateur. Ne serait-ce pas plutôt une algie musculaire ? En effet lorsqu'on recherche sans idée préconçue les points douloureux chez de tels malades, on constate *qu'on les trouve partout le long du membre, même en dehors du trajet du sciatique*. VERGET et DELMAS-MARSALET insistent sur la douleur au pincement du grand fessier, du biceps, des jumeaux et sur le fait que ces muscles sont douloureux au niveau de leur masse charnue et au niveau de leurs insertions tendineuses.

De l'ensemble de ces faits il ressort que *les points*

de VALLEIX n'ont qu'une valeur clinique relative. S'ils mettent en évidence la douleur en une région déterminée, on ne peut affirmer que ce soit le nerf qui soit lésé plutôt que le muscle ou les plans superficiels.

2° LE SIGNE DE LASÈGUE est susceptible des mêmes critiques. Le tissu cellulaire ou les muscles atteints par un processus pathologique ne sont pas seulement douloureux à la pression mais encore à l'étirement et à l'élongation. Lorsqu'on recherche ce signe par la flexion sur le bassin du membre inférieur maintenu en extension, *on n'étire pas seulement le nerf sciatique, mais encore tous les plans qui le recouvrent.* « Les expériences de BAUMANN, faites pour expliquer le LASÈGUE, sont entachées, disent VERGER et DELMAS-MARSALET, d'une erreur fondamentale : elles ont été faites sur le cadavre. »

Quand on analyse le signe de LASÈGUE chez les tabétiques qui ont une hypotonie musculaire manifeste et une laxité articulaire exagérée, on constate facilement que ce n'est pas le sciatique qui est douloureux dans l'hyperflexion du membre inférieur sur le bassin, mais la masse des muscles, des aponévroses et des plans superficiels de la face postérieure de la cuisse et de la fesse. Or c'est précisément ce qui se passe dans certaines sciatiques. Ceci est tellement vrai que WETTERWALD a pu décrire à côté du LASÈGUE classique de la face postérieure du membre un LASÈGUE antérieur que l'on recherche en couchant les malades sur le ventre. La simple flexion forcée de la jambe sur la cuisse est douloureuse au niveau de la région fémorale antérieure et ceci par tiraillement

de la peau et des plans superficiels. On peut donc dire que comme les points de VALLEIX le signe de LASÈGUE *ne signifie qu'une chose, c'est qu'une région est douloureuse sans préjuger de l'organe même où siège cette algie.*

En dehors de ces deux signes il est classique d'admettre que la présence d'une atrophie musculaire manifeste et des modifications déficitaires de la réflexivité achilléenne permettent d'affirmer non seulement l'organicité du trouble, mais l'atteinte nerveuse.

3° L'ATROPHIE MUSCULAIRE est-elle toujours d'origine nerveuse ? Il est indiscutable que l'atrophie vraie avec réaction électrique de dégénérescence, avec localisation élective de type radiculaire ou tronculaire reste la signature d'une lésion du nerf sciatique lui-même sur l'un de ces segments. On ne saurait accepter l'opinion d'HELWEG qui met cette atrophie sur le compte de l'inactivité d'un muscle douloureux. Mais il faut se rappeler qu'à côté de l'atrophie élective classique par lésion nerveuse, il y a tout le groupe des atrophies dites réflexes. L'étude des troubles physiopathiques bien étudiés pendant la guerre (BABINSKI et FROMENT) a apporté un peu de clarté sur cette question en montrant le rôle joué par le sympathique. D'ailleurs dans les sciaticques essentielles *s'agit-il bien toujours d'atrophies ?* Ce qu'on constate le plus souvent c'est une *légère hypotonie musculaire* du côté malade qui peut suffire à provoquer l'abaissement du pli fessier (signe de BONDET). Le malade évite au maximum de contracter ses muscles du côté douloureux, la différence avec la tonicité normale des

muscles du côté sain fait ressortir cette hypotonie relative. *Il faut donc être prudent avant de mettre sur le compte d'une atteinte du nerf lui-même une atrophie musculaire souvent très discutable.*

4° LA DIMINUTION OU L'ABOLITION DU RÉFLEXE ACHILLÉEN a été diversement jugée. Avant que cette modification ait été signalée dans la sciatique par BABINSKI en 1896, EDENBURG (1882) ayant recherché systématiquement ce réflexe, prétendait qu'il était complètement absent chez 82 % des individus sains. BERGER en 1879 ayant examiné 1400 sujets normaux le trouve absent dans 20 % des cas. Les techniques plus perfectionnées de BABINSKI ont montré depuis, qu'il est presque constamment présent et que son absence est pathologique. ACCORNERO a examiné ce réflexe dans 126 cas de sciatique (1914) et donne les proportions suivantes : chez 3 malades, il était absent des deux côtés, chez 39 il l'a trouvé diminué du côté malade soit 32 %, dans 20 cas, il était complètement aboli du côté de l'algie soit 16,5 %. Enfin chez 61 malades le réflexe achilléen n'était pas modifié (50 %). Dans 3 cas il le trouva plus vif du côté malade.

Pratiquement l'abolition du réflexe achilléen reste un signe non douteux de l'atteinte organique du neurone périphérique, mais il ne faut pas oublier qu'une lésion du muscle peut le modifier. C'est ainsi que HELWEG le trouve aboli chez 14 % des malades atteints de sciatique et qu'il constate chez tous une atrophie plus ou moins sensible du triceps sural dont la consistance est d'une fermeté particulière. Pour cet auteur d'ailleurs, l'abolition du réflexe achilléen n'est pas

caractéristique de la lésion du nerf mais de celle du muscle électivement fatigué par les mouvements professionnels. A l'appui de cette théorie il cite les expériences de KNAPP et THOMAS qui examinant 41 coureurs cyclistes trouvent chez tous, après la course, le réflexe achilléen diminué ou aboli. ŒKONOMAKIS aurait noté de son côté cette abolition après l'effort chez les coureurs olympiques.

Que penser de tous ces faits ? Par le seul examen clinique il faudra en pratique affirmer la sciatique quand une séméiologie précise et minutieuse aura fait constater les signes discutés précédemment, les deux derniers surtout gardant, en règle générale une valeur localisatrice incontestable. Mais il faudra être beaucoup plus circonspect et ne pas accepter sans réserve un diagnostic de sciatique s'il est fondé uniquement sur l'existence des points de VALLEIX, un signe de LASÈGUE, même s'ils s'accompagnent d'une hypotonie musculaire pouvant simuler l'atrophie, même s'il y a une légère inégalité des réflexes achilléens.

C'est dans ces cas étiquetés trop facilement « sciatiques essentielles » qu'un examen plus complet pourra conduire à un diagnostic étiologique susceptible de sanctions thérapeutiques. La palpation méthodique et minutieuse fera percevoir en effet, dans le membre malade, en dehors du trajet nerveux des nodules ou des placards cellulalgiques que l'on pourra d'ailleurs retrouver dans d'autres régions. Enfin par l'interrogatoire on découvrira des troubles de la nutrition, des associations morbides variées qui signent

par exemple une insuffisance hépatique plus ou moins latente.

En conduisant ainsi l'examen clinique, il nous a semblé que les sciaticques cellulalgiques n'étaient pas rares. Les unes, de beaucoup les plus nombreuses sont en réalité des *pseudo-sciaticques par cellulalgie*, nous nous expliquerons sur ce terme, les autres beaucoup plus rares sont des *sciaticques vraies par infiltrats cellulalgiques*.

II. — Les pseudo-sciaticques par cellulalgie

C'est avec un cortège symptomatique assez voisin de celui de la névralgie sciatique vraie, que se présentent les malades atteints de pseudo sciaticques par cellulalgie : l'attitude et la démarche dues à l'impotence douloureuse semblent imposer de suite le diagnostic. De même l'algie que l'on provoque par la flexion sur le bassin du membre inférieur en extension et par la pression sur la région fessière, semble caractéristique.

Cependant, comme nous l'avons déjà signalé, l'apparition de cette douleur est assez particulière ; elle est réveillée par les tentatives de mobilisation active et passive ; elle est exagérée quand le sujet pose le pied à terre ou qu'il porte le poids du corps sur la jambe atteinte, mais au repos elle cesse entièrement et jamais il n'y a d'exacerbations spontanées. En somme pour la provoquer le jeu musculaire est indispensable. En outre elle est certainement plus localisée

à la fesse qu'à la cuisse, et au-dessus plutôt qu'en dessous du grand trochanter. Si on peut la provoquer à la face externe de la cuisse ou dans le creux poplité, jamais on ne la fait naître au niveau des branches terminales du sciatique.

La réflectivité tendineuse est quelquefois modifiée (observations I, II), le plus souvent elle est normale (observations IV, V, VI, VIII, X, XI). Il n'y a jamais aucun trouble de la sensibilité objective. L'hypotonie si fréquente qui peut en imposer pour une diminution de volume du membre ne doit pas être considérée comme de l'atrophie musculaire.

Enfin tous les examens complémentaires : analyse des urines, toucher rectal, ponction lombaire, radiographies, etc..., sont négatifs.

Mais si, poursuivant l'examen on pratique une palpation méthodique de la fesse, de la région lombosacrée, du membre inférieur malade, on y décèle bien vite la présence des infiltrats cellulalgiques. Ils sont de toutes formes et de toutes dimensions, tels que nous les avons décrits avec leurs sièges de prédilection.

L'interrogatoire enfin, apprend que ces sujets ont des antécédents héréditaires ou personnels chargés d'hépatisme : migraines, urticaires, entérocolite, etc.. (observations III, IV, VI, VII, VIII, X) ou des modifications humorales dues à la syphilis (observation IX), la tuberculose (Observation III), l'alcoolisme (observation X), ou à tout autre infection ou dyscrasie.

Ces sujets n'ont presque jamais connu d'améliora-

tion vraie, les traitements les plus variés n'ont pu les guérir ; la douleur a résisté aux révulsifs indéfiniment renouvelés, aux injections locales d'alcool ou d'air, à l'électrothérapie ou à la radiothérapie, aux cures thermales et au traitement spécifique. Mais si la cause véritable de ces algies est reconnue, dès les premières séances d'une kinésithérapie convenablement pratiquée, accompagnée du traitement général approprié, une amélioration apparaît aussitôt alors que le malade n'y comptait plus.

Nous rapportons dans ce travail neuf observations de pseudosciatiques cellulalgiques (observations I, II, IV, V, VI, VII, VIII, X, XI.), elles montreront les erreurs d'interprétation que peuvent entraîner ces syndromes douloureux, leur résistance désespérante à toutes les thérapeutiques aussi longtemps que les infiltrats cellulalgiques ne sont pas soupçonnés et leur thérapeutique instituée.

La pathogénie de ces syndromes douloureux qui sont pour nous d'ordre cellulalgique est depuis quel-que temps diversement interprétée.

Les uns fidèles aux conceptions classiques continuent à les considérer comme des sciatiques essentielles par lésion hypothétique du nerf lui-même. D'autres considèrent qu'il ne s'agit pas de névralgies sciatiques mais de myalgies. Enfin certains ont vu déjà le rôle du tissu cellulaire dans la production de ces algies. C'est en effet dans ce sens qu'il faut chercher, ces fausses sciatiques ne sont le plus souvent que des formes régionales de la cellulalgie nodulaire ou infiltrée.

L'atteinte du nerf sciatique ne peut pas en effet être invoquée dans ces cas. On ne retrouve pas toujours les points de VALLEIX et même s'ils existent nous avons vu combien est discutable leur valeur localisatrice. D'autre part comme le font justement remarquer VERGER et DELMAS-MARSALET : « Il est une loi bien établie, celle de J. MULLER : les excitations portées sur un tronc nerveux sont ressenties à la périphérie, au niveau de la zone des expansions terminales. » Ici, rien d'analogue, la douleur reste cantonnée aux points de pression et aux muscles qui se contractent, il s'agit bien de pseudo-sciatique.

L'atteinte du muscle par un processus pathologique est déjà une solution beaucoup plus séduisante. Cette conception de la myalgie rhumatismale est défendue avec éloquence par l'école de Bordeaux : VERGER, DELMAS-MARSALET et leurs élèves. Il y aurait pour ces auteurs des nodules rhumatismaux inflammatoires dans les muscles intéressés analogues aux nodules d'ASCHOFF décrits dans la myocardite rhumatismale.

On sait que COOMBS a signalé l'existence de lésions histologiques identiques aux nodules d'ASCHOFF dans l'épaisseur de nodules sous-cutanés au cours d'un rhumatisme articulaire aigu.

FAHR a trouvé des faits analogues dans la capsule articulaire du genou chez un malade mort de maladie rhumatismale.

Enfin SWIFT en 1924 décrit des nodules fibreux sous-cutanés aponévrotiques, des gaines tendineuses, des tendons et des muscles tous identiques à ceux dé-

crits par ASCHOFF. Il existerait ainsi une formation nodulaire rhumatismale spécifique, susceptible d'être rencontrée dans les muscles striés comme dans le myocarde.

Il nous est difficile d'aborder une telle discussion étant donnée l'indigence de notre matériel histologique. Nous n'avons fait que deux biopsies de muscles fessiers chez des malades présentant des infiltrats cellulalgiques typiques de la fesse. Nos coupes ne nous ont pas montré la moindre modification pathologique du muscle. Il ne nous paraît pourtant pas invraisemblable que des lésions musculaires puissent exister dans les pseudo-sciatiques que nous avons décrites mais elles ne seraient que la propagation des infiltrats des gâines et des aponévroses et limitées au tissu conjonctif du muscle. La notion du nodule rhumatismal des muscles fessiers ne nous paraît pas conforme aux faits que nous avons pu observer : l'évolution de ces infiltrats a toujours été torpide et absolument apyrétique, la presque totalité de nos malades n'ont jamais eu de manifestations rhumatismales quelconques.

Pour HELWEG la pseudo-sciatique myalgie résulte de l'intoxication du muscle par des produits de déchet (acide lactique) au cours du surmenage, de la fatigue exagérée de certains segments musculaires. On tombe ici dans le domaine de l'hypothèse que rien ne vient confirmer. Il existe des professions qui fatiguent sans aucun doute un ou plusieurs groupes musculaires du membre supérieur (pianistes, terrassiers) sans qu'aucun syndrome douloureux homologue de la sciatique n'ait été signalé de ce fait.

Enfin dans un travail récent M. DE LANGENHAGEN interprète ces pseudosciatiques comme étant la conséquence d'un rhumatisme musculaire chronique. Il s'agit dit-il d'une fibromyosite arthritique avec des nodules et des cordons indurés qui doivent être distingués des lésions dites cellulitiques. Cette distinction nous paraît trop subtile. Cette théorie de la fibromyosite, basée sur des idées cliniques, demanderait à être étayée par quelques examens anatomiques. Peut-être s'apercevrait-on alors que la fibromyosite n'est constituée que par les infiltrats du tissu conjonctif que nous avons décrits anatomiquement à ses différents stades. Que ces pseudo-sciatiques soient la conséquence de lésions fibreuses qui intéressent les terminaisons sensitives des nerfs périphériques, nous sommes les premiers à l'admettre mais que ces lésions soient produites par une myosite rhumatismale chronique, cela reste à démontrer.

Aussi sommes-nous persuadés que les partisans de la lésion initiale du tissu conjonctif sont arrivés à une conception plus exacte des faits.

Nous avons décrit ce que nous a montré l'examen histologique des infiltrats prélevés sur le vivant, leur évolution anatomique avec ses phases successives. Nous avons signalé en outre les lésions concomitantes des ramuscules nerveux du tissu cellulaire sous-cutané, qui se trouvent englobés dans les infiltrats. Ces lésions nerveuses nous expliquent que la plupart des nodules soient douloureux. .

Dans les pseudosciatiques cellulalgiques les infiltrats siègent nous l'avons dit à la fesse, à la face pos-

térieure et la face externe de la cuisse. Les rameaux nerveux sensitifs cutanés qui se trouvent intéressés par ces infiltrats sont issus du nerf petit sciatique, du nerf obturateur, du crural. Ce sont eux qui créent le syndrome douloureux et non le nerf sciatique proprement dit. C'est pour cette raison que nous avons dénommé l'algie : pseudosciatique, par cellulalgie.

Il reste encore pourtant bien des points à éclaircir. Si l'on conçoit facilement que les infiltrats soient douloureux, leur localisation élective en certaines régions reste encore mystérieuse. Elle nous paraît être, au moins pour les muscles, commandée par la stase qui existe en ce qu'on pourrait appeler « les espaces morts » où les contractions musculaires ne viennent pas exprimer au cours du jeu fonctionnel, les lacunes interstitielles. C'est ainsi que l'on constate cliniquement avec une prédilection remarquable l'existence des infiltrats cellulalgiques au niveau des zones d'insertion des muscles ou de leur portion tendineuse.

Quant à la cause initiale de ces infiltrats nous verrons dans un chapitre de pathogénie ce que l'on peut actuellement en penser.

Nous venons de décrire les pseudosciatiques par cellulalgie, les plus fréquentes, qui nous semblent correspondre à un nombre important de sciaticques dites essentielles. A côté de ces formes il en est de plus rares qui se présentent cliniquement avec des signes attestant la lésion du nerf et qui sont encore réalisées par des infiltrats cellulalgiques, nous allons maintenant les envisager.

III. — Les sciaticques vraies par infiltrats cellulalgiques

Dans certaines observations où la séméiologie classique et minutieusement vérifiée de la sciatique est au complet il est impossible de ne pas admettre la lésion du nerf. Plutôt que de s'arrêter à l'explication non satisfaisante de maladie essentielle, ne pourrait-on pas invoquer la localisation des infiltrats cellulitiques dans le tissu conjonctif de la gaine périnerveuse ou des cloisons interfasciculaires du nerf. C'est ce qu'amène à penser l'étude des sciaticques authentiques coexistant avec des nodules cellulalgiques des membres inférieurs aux points d'élection. Les altérations des petits nerfs que nous avons signalées autorisent cette hypothèse. Bien que nous n'ayions jusqu'à présent aucune certitude anatomique, divers arguments semblent cependant permettre de rattacher quelques sciaticques vraies aux infiltrats cellulalgiques du nerf lui-même ou du tissu conjonctif immédiatement voisin. C'est en particulier l'analogie avec ces phénomènes douloureux du membre supérieur qui s'accompagnent d'une augmentation nette de volume du nerf radial, aisément perceptible et douloureux à la palpation dans la gouttière de torsion et voisinant avec des infiltrats cellulalgiques de l'avant-bras ou de l'insertion deltoïdienne.

Il est probable que certaines lésions décrites dans le tronc nerveux sont de même ordre que celles que

nous avons rencontrées dans les infiltrats des pseudosciatiques par cellulalgie.

C'est ainsi que A. THOMAS a vu le tronc sciatique engainé d'une prolifération conjonctive abondante avec hyperplasie fibreuse interfasciculaire sans que les fibres nerveuses soient altérées. SICARD a observé un épaissement de la gaine du nerf et une distension des espaces interfasciculaires par un œdème gélatineux sans altération inflammatoire vraie ; on peut se demander rétrospectivement s'il ne s'agissait pas de lésions analogues aux infiltrats cellulalgiques soit à la périphérie, soit à l'intérieur du tronc nerveux lui-même riche en tissu conjonctif.

Au cours de lumbalgies chroniques et dans certaines sciatiques funiculaires rebelles, J. FORESTIER a pu constater au cours de laminectomies des modifications du tissu cellulo-adipeux épidural extrêmement intéressantes : « La lésion qui nous paraît de beaucoup la plus importante dans la funiculite vertébrale n'est point tant l'arthrite apophysaire que l'hypertrophie du tissu cellulo-graisseux de l'espace épidural et de ses prolongements dans les trous de conjugaison. » Au cours de laminectomies pratiquées par le Docteur ROBINEAU, J. FORESTIER nota « l'aspect annelé de la gaine graisseuse, avec parties rétrécies comme par des anneaux fibreux correspondant aux ligaments jaunes et des parties saillantes faisant hernie en quelque sorte dans l'intervalle. C'est l'aspect classique en montagne russe. Cet état de la graisse épidurale correspond à son hypertrophie et sa mise en tension par l'impossibilité de trouver un espace où se

dilater. Bridée en arrière par le plan ostéoligamentaire des lames et des ligaments jaunes, cette graisse hypertrophiée refoule le sac dural et tend à s'engager sous pression dans le trou de conjugaison. Cette compression du funicule est à l'origine de violentes algies sciatiques ». L'examen histologique d'une graisse épidurale hypertrophiée prélevée au cours d'une laminectomie (J. FORESTIER) montre des « lésions d'hyperplasie adipeuse avec cellules adipeuses jeunes, un épaississement inflammatoire des vaisseaux sanguins qui parsèment la graisse, un encombrement de leur lumière par des leucocytes polynucléaires et des lymphocytes traduisant l'existence de phénomènes inflammatoires subaigus : épidurite à tendance sclérolipomateuse. » Ces lésions ne peuvent-elles pas être rapprochées de celles que nous avons décrites dans le tissu cellulo-adipeux des pseudo-sciatiques par cellulalgie.

Nous avons ainsi pensé que les infiltrats cellulalgiques étaient probablement susceptibles de produire des névralgies sciatiques authentiques par des processus différents. Nous en rapportons deux cas qui nous ont paru assez démonstratifs (observation III et IX). tous deux avec abolition du réflexe achilléen, petite réaction méningée discrète, atrophie musculaire nette dans un cas (observation IX).

Ces sciaticques vraies par cellulalgie peuvent être :

1° des sciaticques du type funiculite de SICARD et FORESTIER, par localisation du processus pathologique au tissu cellulo-adipeux du trou de conjugaison.

2° des sciaticques tronculaires par localisation des

infiltrats dans le tissu conjonctif périnerveux ou dans les cloisons interfasciculaires comme dans l'endonèvre.

3° les branches terminales du sciatique peuvent enfin être englobées dans les nodules du tissu cellulaire ; ainsi apparaîtraient à la partie inférieure du membre des algies par compression du nerf ou de ses branches dans l'infiltrat cellulalgique.

Observations cliniques

OBSERVATION I

(Observation de la clinique du Professeur PAVIOT)

Sciatique droite. — Diminution du réflexe achilléen. — Cellulagie sacro-iliaque et de la fesse. — Pas de modification du liquide céphalo-rachidien. — Biopsie des infiltrats cellulalgiques. — Guérison par le traitement.

Stru....., 61 ans, sujet italien habitant la France depuis plusieurs années ; entre salle St-Augustin à la Clinique Médicale de l'Hôtel-Dieu de Lyon, en novembre 1928, pour une sciatique droite datant de plus de 6 mois. Il a fait auparavant un séjour hospitalier de deux mois ; à ce moment un examen complet n'avait montré aucune cause à laquelle il soit possible de rattacher le syndrome douloureux. Malgré deux mois de repos au lit et une thérapeutique révulsive énergique, il quitte l'Hôtel-Dieu en octobre souffrant autant qu'auparavant. Il ne tarde pas à revenir à l'hôpital et entre à la Clinique.

A l'examen : nombre considérable de points douloureux de la fesse, mais rien au-dessous de la gouttière ischio-trochantérienne. Le signe de Lasègue n'est pas net, le signe de Bonnet est négatif, on ne trouve pas d'atrophie musculaire, pas d'abaissement du pli fessier. Les réflexes rotuliens sont vifs des deux côtés, l'achilléen gauche est normal, le droit est plus faible et rapidement épuisable.

La marche est presque impossible, tout mouvement actif du membre inférieur droit réveille une vive douleur à la fesse. Pas d'algie spontanée, pas de modifications de la sensibilité objective.

L'examen de l'articulation coxofémorale est négatif, pas de limitation sensible des mouvements, la radiographie faite néanmoins n'y montre aucune lésion, pas plus que de celle de l'articulation sacro-iliaque.

A la ponction lombaire : liquide clair, tension 16 au Claude, moins d'un élément par millimètre carré à la cellule de Nageotte, albumineuse 0,35. Donc aucune réaction méningée.

La palpation montre des deux côtés, sous la crête iliaque et dans les muscles fessiers, une série de nodules et d'infiltrats cellulalgiques ; les uns sont très douloureux à la pression, à droite surtout, les autres sont à peu près indolores. Mêmes nodules plus petits dans le fascia lata.

Biopsie faite le 26/11/28. — On enlève une dizaine de fragments de consistance et de siège différents. (Docteur Roland).

Les examens de sang donnent : Wassermann négatif, cholestérinémie et uricémie strictement normales.

Interrogé, le malade nie tout accident vénérien, par ailleurs il ne s'agit pas d'un éthylique. Aucun antécédent pathologique intéressant, absence complète de troubles hépato-digestifs antérieurs.

Les massages sont commencés fin novembre 1928, en un mois, le malade se trouve tellement amélioré qu'il peut marcher sans aucune difficulté. Il dit « ne plus sentir sa douleur ».

Peu de temps après apparaissent des douleurs à l'épaule droite, dont il n'avait encore jamais souffert. On trouve quelques infiltrats au V deltoïdien, le massage dirigé sur cette brachialgie l'améliora rapidement et très sensiblement.

OBESERVATION II

(Observation de la clinique du Professeur PAVIOT)

Sciatique droite. — Abolition du réflexe achilléen. — Atrophie musculaire. — Infiltrats cellulalgiques sacro-iliaques et fessiers. — Pas de modifications du liquide céphalo-rachidien. — Guérison rapide par le traitement.

Berth..... Constance, 71 ans, entre salle B. Teissier, à la Clinique Médicale de M. le Professeur Paviot, le 2 janvier 1929, pour une sciatique droite. Elle vient, dit-elle, parce que depuis plus de six mois elle souffre de douleurs que rien n'a pu calmer. Elle en est arrivée à ne plus pouvoir marcher.

A l'examen on trouve tous les signes habituels de la sciatique. Les points dits de Valleix sont douloureux, le signe de Lasègue et le signe de Bonnet sont positifs, tous les mouvements actifs ou passifs du membre inférieur sont limités par la douleur.

L'examen des réflexes montre que les rotuliens ne sont pas très modifiés, l'achilléen gauche existe, le droit est absent. Cette abolition du réflexe achilléen du côté de la sciatique est notée à plusieurs examens. On a noté en outre que le réflexe rotulien droit est un peu plus faible que le gauche, et qu'il existe à droite un certain degré d'atrophie musculaire : 3 cm. à la cuisse et 1 cm. au mollet, par rapport au membre sain. Pas de modifications des réflexes des membres supérieurs, pas de signe de Babinski, ni aucun signe de la série pyramidale.

L'examen viscéral est négatif : rien aux poumons en dehors de quelques râles de bronchite, rien au cœur : pouls régulier à 80, T. A. = 14/6. Examen abdominal négatif.

Les réflexes oculaires sont normaux aux deux modes. Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.

L'examen du tissu cellulaire montre qu'il existe de nombreux infiltrats cellulalgiques : on les sent assez mal au niveau de la fesse droite, la malade n'arrivant pas à décontracter ses muscles fessiers qui sont irrégulièrement

durs et douloureux à la pression. Les infiltrats sacro-iliaques et ceux de la fesse sont mieux sentis à gauche.

Cellulalgies cervicales bilatérales et indurations scalaires, en « barreau d'échelle » au niveau du tenseur du fascia lata, très nettement douloureuses. La malade présente une boule pré-malléolaire externe extrêmement nette.

On élimine facilement tout processus osseux ou ostéo-articulaire : il n'y a pas de limitation des mouvements de la hanche. On fait une radiographie de la colonne lombosacrée et de l'articulation sacro-iliaque qui ne décèle aucun processus osseux pouvant expliquer la sciatique.

Ponction lombaire le 7/1/29 : liquide clair, non hyper-tendu. Rares lymphocytes : 1,1 par millimètre cube à la cellule de Nageotte. Albumine 0 gr. 28. Réaction de Wassermann négative dans le liquide céphalo-rachidien.

Elle l'est aussi dans le sang.

La malade n'étant pas calmée par le repos et souffrant toujours autant à l'occasion du moindre mouvement (elle n'a jamais eu de douleurs spontanées au repos), on commence les massages de la fesse et de la cuisse le 19/1/29.

L'amélioration est tellement nette que le 23/1/29, après n'avoir eu encore que 3 massages, la malade se sentant plus valide demande à quitter la clinique médicale pour continuer chez elle le traitement institué.

Elle revient dans le service le 13 mars 1929 pour se montrer et demander s'il faut continuer les massages parce qu'elle souffre actuellement du pied gauche. La sciatique est maintenant complètement guérie. Les infiltrats de la région sacro-iliaque ont disparu, l'aponévrose du fascia lata reste douloureuse, on y sent encore assez nettement les nodules perçus autrefois. Les réflexes tendineux du membre inférieur sont tels qu'ils étaient à l'entrée dans le service. On trouve encore un placard cellulalgique dans la région cervicale droite. Le pied gauche présente la boule cellulalgique décrite par Duvernay, aussi nettement que possible, cette lésion avait été constatée au pied droit au début de son séjour à la clinique, elle est maintenant bilatérale.

La sciatique a disparu complètement vers le 12^e massage. A ce moment la malade, malgré son âge, se trouvait tellement soulagée par ce traitement qu'elle proposa au masseur de lui faire son ménage. En échange de ce travail celui-ci lui continuait gratuitement son massage quotidien.

La malade n'est pas revenue depuis le mois de mars, elle serait, au dire du masseur, complètement guérie.

OBSERVATION III

(Observation de la clinique du Professeur PAVIOT)

Sciatique gauche chez un Arabe suspect de lésions tuberculeuses du sommet droit. — Troubles hépato-digestifs marqués. — Abolition du réflexe achilléen. — Légère réaction méningée. — Cellulalgie lombaire et sacro-iliaque.

Ham..... Saïd, 32 ans, entre salle Saint-Augustin le 20 février 1929, à l'occasion d'une grippe bénigne et d'une sciatique gauche dont il souffre par intermittences depuis 1917. C'est un Arabe qui a fait les dernières années de la guerre dans un régiment français, qui fut gazé en 1918 et fait prisonnier peu après. Il fut, depuis la guerre, hospitalisé plusieurs fois à Lyon, la première fois en 1920, la seconde en 1926 dans le service de M. le Professeur Bard. Au cours de ce dernier séjour il fut examiné surtout au point de vue tuberculose pulmonaire, ce malade ayant dû avoir eu deux hémoptysies avant son entrée. L'examen pulmonaire fut à peu près négatif, le sommet droit était douteux à la radioscopie mais l'auscultation ne révéla aucune modification nette de la respiration.

La sciatique que présentait le malade n'avait pas attiré particulièrement l'attention, on avait noté qu'il avait eu une blennorrhagie.

A son dernier séjour (février 1929) on constate que le

malade présente un état général assez précaire. Il dit avoir maigri de 17 kilogs depuis la guerre et présenter fréquemment des troubles hépato-digestifs. Depuis quelques années, en effet, le lait et les œufs entraînent immédiatement des malaises, des diarrhées, il a constamment des migraines.

A l'examen, le foie est douloureux et déborde légèrement les fausses côtes. La rate n'est pas perçue. L'examen pulmonaire est négatif ; le cœur est normal : T. A. 12,5/6,5. Urines : ni sucre, ni albumine.

Au point de vue nerveux : les pupilles réagissent aux deux modes, bien qu'elles soient un peu paresseuses. Au membre inférieur gauche on trouve les points douloureux dits de Valleix, les signes de Lasègue et de Bonnet sont positifs. Les réflexes tendineux normaux à droite sont modifiés à gauche : réflexe rotulien très diminué, l'achilléen est aboli. Pas d'atrophie musculaire. Pas d'hypoesthésie.

On fait une ponction lombaire : liquide clair, non hypertendu, lymphocytose légère : 3 éléments par millimètre cube. Albuminose : 0,51 0/00.

La réaction de Wassermann est négative dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien.

L'examen de la colonne est absolument négatif cliniquement comme radiologiquement, ainsi que celui des articulations sacro-iliaque et coxofémorale.

On découvre facilement chez ce malade l'existence d'infiltrats douloureux de la fesse gauche et de la région sacro-iliaque. Gros nodules allongés sous la crête iliaque postérieure à gauche. Les muscles de la masse sacro-lombaire sont douloureux et durs.

On commence le traitement par les massages, après 6 ou 7 séances, le malade, très amélioré et pouvant marcher sans éprouver la moindre douleur (alors qu'il ne marchait à l'entrée qu'avec de grandes difficultés), quitte le service. Il n'a pas été revu depuis.

OBSERVATION IV
(Observation personnelle)

Sciatique droite, pas de modifications des réflexes. — Troubles hépato-digestifs marqués. — Infiltrats cellulalgiques très nombreux. — Amélioration très sensible.

Bou..... Jeanne, 33 ans, présente depuis plus de 6 ans une sciatique droite très douloureuse, rebelle à tout traitement (révulsions, rayons X), réapparaissant par intervalles, puis s'apaisant ensuite. Pas de douleurs spontanées, mais seulement à l'occasion de la marche. A eu dans l'enfance une entérite qui a duré environ 15 années. Dans l'intervalle des douleurs en sciatique a eu plusieurs fois des torticolis.

Par ailleurs, digestions très pénibles plutôt que douloureuses, et fréquemment migraines atroces résistant à tout analgésique.

Jeune femme bien réglée ne présentant rien par ailleurs à l'examen viscéral. Urines : ni sucre, ni albumine.

L'examen du membre inférieur droit révèle de nombreux points douloureux à la fesse et à la cuisse. Pas de signe de Lasègue, pas de signe de Bonnet. Aucune modification des réflexes, pas d'atrophie musculaire, pas de troubles de la sensibilité objective.

Aucun signe articulaire sacro-iliaque, pas de limitation des mouvements de la hanche.

La palpation décèle des infiltrats douloureux multiples dans le domaine des nerfs petit sciatique, crural et obturateur. On sent très nettement des nodules cellulalgiques dans la fosse iliaque externe, dans le fascia lata, dans les muscles fessiers. On en retrouve encore dans les muscles des gouttières vertébrales, à la nuque, à la région temporale, en avant du sterno-cléido-mastoïdien et au-dessus du V deltoïdien.

Le Lasègue antérieur est positif, la flexion de la jambe sur la cuisse en décubitus ventral est également douloureuse.

Pas de douleurs au membre inférieur gauche, on-y sent pourtant quelques nodules douloureux à la pression, surtout en-dessous de la crête iliaque postérieure et en regard de l'articulation sacro-iliaque.

Cette malade, femme d'infirmier des Hospices, a été mise au traitement général de son insuffisance hépatique et soignée localement par des massages. Elle a été sensiblement améliorée.

OBSERVATION V

(Observation de la clinique du Professeur PAVIOT)

Sciatique bilatérale. — Pas de modifications des réflexes ni du liquide céphalo-rachidien. — Infiltrats cellulalgiques sacro-iliaques et fessiers. — Amélioration par le massage.

Cha..... Laurent, 54 ans, souffre de douleurs sciatiques depuis 1925. Il présenta d'abord des douleurs à droite pour lesquelles il est hospitalisé en juillet puis en septembre 1927 dans le service de M. le Professeur Froment. A ce moment on a noté de nombreux points douloureux et un signe de Lasègue positif à droite. La ponction lombaire faite alors montra un liquide normal, sans aucune modification, à réaction de Wassermann négative.

Le malade passe à la Clinique Médicale de M. le Professeur Paviot le 15 décembre 1927. Il présente alors en outre un syndrome sciatique à gauche.

Les pupilles, normales, réagissent bien aux deux modes, rien à l'examen cardiaque ou pulmonaire. T. A. 13.5/9. Urines : ni sucre, ni albumine.

L'examen radiographique de la colonne lombaire est négatif, même examen négatif du bassin et de l'articulation sacro-iliaque.

La palpation révèle des nodosités cellulalgiques de la région sacro-iliaque et au niveau de l'aponévrose du tenseur du fascia lata à droite.

Le 9 janvier 1928 le malade avait été déjà très sensiblement amélioré par les massages, il quitte le service et n'a pas été revu depuis.

OBSERVATION VI

(Observation de la clinique du Professeur PAVIOT)

Sciatique droite et lumbalgie chronique. — Pas de modification des réflexes. — Troubles gastro-hépatiques. — Infiltrats cellulalgiques. — Guérison complète par le massage.

Fleut.... Maria, 41 ans, entre à la Clinique le 18 mars 1929, salle B. Teissier, pour des lumbalgies remontant à plusieurs années auxquelles se sont ajoutées des phénomènes douloureux de la cuisse, de la fesse, de tout le membre inférieur droit, en sciatique.

On note dans ses antécédents une albuminurie à 17 ans qui dura quelques mois et une crise intense d'urticaire à 23 ans qui ne dura pas moins d'un mois. A 35 ans la malade eut une entérite aiguë hémorragique pour laquelle elle fut hospitalisée à l'Hôtel-Dieu de Lyon, salle Bondet. Enfin, depuis 4 ans, elle se plaint de douleurs lombaires très vives, n'apparaissant qu'à l'occasion du mouvement. Ces lumbalgies, qui n'ont jamais complètement cessé, se sont accrues depuis un mois, s'irradiant dans tout le membre inférieur droit, devenant intolérables dans la station debout ou la marche. Elles sont particulièrement vives au niveau de l'articulation sacro-iliaque, descendant en arrière et sur la face externe de la cuisse, parfois même à la face postérieure de la jambe quand la malade a marché un peu.

La malade en est arrivé à ne plus pouvoir travailler, chaque pas est l'occasion d'une douleur atroce, elle ne peut plus rester debout, même la station assise ne peut être supportée plus de quelques minutes. Seul le decubitus la soulage et à son entrée à l'hôpital, la malade gardait le lit depuis plus d'un mois.

Quand on l'interroge au point de vue hépato-digestif, elle signale qu'elle a depuis plusieurs années une intolérance complète au lait, elle a eu plusieurs poussées d'urticaire, fréquemment des migraines, enfin des digestions un peu pénibles qui l'ont engagée à se mettre au régime. Elle dit avoir perdu de ce fait 4 ou 5 kilogs depuis quelques mois.

L'examen viscéral est négatif : le foie n'est pas gros, la rate n'est pas perçue, rien aux poumons, cœur normal, T. A. 10/7. Pouls à 72, pas de température.

Urines : ni sucre, ni albumine.

L'examen du membre inférieur droit révèle les signes habituels d'un esciatique banale.

Points douloureux de Valleix : sacro-iliaque et ischio-trochantérien, face postérieure de la cuisse et point péronier.

L'élongation du nerf est également douloureuse, les signes de Lasègue et de Bonnet sont positifs.

La démarche est caractéristique, « en saluant » le temps d'appui sur la jambe droite est réduit au minimum.

Pas d'abaissement du pli fessier, pas d'hypotonie ni d'atrophie musculaire.

Les réflexes rotuliens et achilléens sont normaux et égaux des deux côtés. Les pupilles réagissent bien aux deux modes. Pas de zones d'hypo ou d'anesthésie.

La palpation révèle l'existence de très nombreux infiltrats cellulaligiques. On en trouve sur toute la hauteur des insertions épineuses du grand dorsal, aux insertions humérales du deltoïde, sous les seins en grains de plomb à droite et à gauche, sur toute l'étendue de l'aponévrose du tenseur du fascia lata, dans le territoire des muscles fessiers et en particulier sous le bord de la crête iliaque postérieure, enfin les nodules caractéristiques au niveau de l'articulation sacro-iliaque.

Le malade a refusé la ponction lombaire, la réaction de Wassermann est négative dans le sang.

La colonne lombaire, les articulations sacro-iliaque et coxofémorale ne présentent aucune lésion à l'examen le plus minutieux.

Les massages ont très rapidement amélioré la malade

qui ne pouvant marcher à l'entrée quitte le service le 6 avril 1929 parfaitement guérie, marchant sans la moindre douleur après une série de douze massages. Le traitement général a été également institué chez elle.

OBSERVATION VII

(Observation personnelle de M. le Professeur PAVIOT)

Sciatique droite. — Suppuration prolongée ancienne. — Troubles hépato-digestifs. — Infiltrats cellulalgiques. — Guérison par les massages.

M. P....., vu le 19 mai 1928 pour une sciatique aiguë rebelle à tous les traitements. Malade déjà vu en 1925 pour des troubles digestifs douloureux, accompagnés de céphalées violentes. De nombreux infiltrats cellulalgiques avaient alors été notés (masse lombaire et muscles des gouttières vertébrales dorsales, nodules sacro-iliaques). On avait alors relevé dans ses antécédents l'existence d'une suppuration prolongée de la fesse droite en 1914, ayant duré deux mois. L'examen viscéral avait été complètement négatif.

Le 19 mai, le médecin traitant du malade, dès la gare, nous dit qu'il nous fait appeler pour une sciatique d'évolution aiguë. Dès nos premiers entretiens, avant de voir le malade, nous pouvions lui annoncer que nous allions trouver dans le voisinage de son sciatique, au siège d'élection : région sacro-iliaque, crête iliaque, aponévrose du tenseur du fascia lata, région lombaire, des points de cellulalgie nodulaire et que dans ce cas il faudrait modifier complètement le traitement. Le médecin traitant nous ajouta alors que devant les crises douloureuses du malade dans le domaine du sciatique et de ses branches, on avait fait pratiquer par deux chirurgiens d'une petite ville voisine l'excision de la cicatrice ancienne : cutanée, sous-cutanée et musculaire, de la plaie guérie de la fesse droite, dans l'espoir que cette cicatrice était l'épine irritante

déclanchant les paroxysmes douloureux dans le domaine du sciatique.

Dès le début de l'examen du malade nous retrouvons les nodules cellulalgiques notés lors de notre examen de 1925 et en plus dans presque tous les fessiers, en plein muscle, en différents points, des infiltrats, des sortes d'indurations de consistance anormale, particulièrement douloureuses. L'aponévrose du tenseur du fascia lata présentait toute une série d'indurations transversales superposées de bas en haut.

Nous insistâmes pour qu'il fut pratiqué par un masseur qualifié connaissant la méthode suédoise des pétrissages et malaxations, il fallut mener le malade presque couché dans une automobile jusqu'à Vichy, pour trouver le masseur compétent. Au début, en quelques séances, le malade fut très rapidement soulagé ; puis au bout de quinze jours il refit une crise de sciatique tellement violente que le médecin appelé crut devoir faire une piqûre de morphine et demander une radiographie de la région lombo-sacrée pour se garder de quelque mal de Pott tuberculeux ou cancéreux. Cette radiographie nous fut adressée. Tout ce que l'on pouvait y signaler au dire du radiographe, c'est qu'on pouvait à la rigueur invoquer une sacralisation de la V^e lombaire. Nous avons insisté pour que les malaxations, pétrissages des nodosités, des indurations des muscles fessiers, etc... fussent continuées et le sujet fut complètement guéri au point qu'il reprit rapidement toute son activité dans la direction de son industrie.

OBSERVATION VIII

(Observation de la clinique du Professeur PAVIOT)

Sciatique droite. — Pas de modifications des réflexes. — Ictère, urticaire. — Infiltrats cellulalgiques. — Guérison par le massage.

Base... Louis, 27 ans, manœuvre, entre à la Clinique Médicale de l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Augustin, le 7 février

1928, pour une sciatique droite qui dure depuis plus de deux ans. Rien dans ses antécédents, sauf une jaunisse en 1922. Il nie toute maladie vénérienne, il boit moins d'un litre de vin par jour.

Cette névralgie sciatique siège à la partie moyenne de la jambe et surtout à la partie supérieure de la fesse droite sous la crête iliaque.

Depuis le début de sa maladie cet homme a été soigné par plusieurs médecins qui ont prescrit topiques, pointes de feu, injections intramusculaires, sans résultat. La douleur n'est d'ailleurs pas limitée au membre inférieur droit mais intéresse par moment la fesse et la cuisse gauches.

Les signes de Lasègue et de Bonnet sont positifs des deux côtés, nombreux points douloureux bilatéraux. Pas d'atrophie musculaire. Réflexes rotuliens et achilléens normaux.

L'examen complet du malade ne révèle aucune étiologie nette, rien aux poumons, cœur normal T. A. 11/6. Urines ni sucre, ni albumine.

La palpation des régions douloureuses permet de sentir des cordons durs, disposés perpendiculairement au trajet du sciatique et des infiltrats cellulalgiques au tiers inférieur de la cuisse droite. Petits nodules crépitants à l'extrémité supérieure de la jambe droite. On retrouve des nodules cellulalgiques dans la fesse et dans la cuisse gauches ainsi qu'à la nuque.

Le malade a présenté dans le service une éruption urticaire typique.

A la suite de la kinésithérapie, les cellulalgies nodulaires ont notablement diminué et en un mois, marchant sans difficulté, le malade quitte le service.

OBSERVATION IX

(Observation de la clinique du Professeur PAVIOT).

Sciatique droite. — Abolition du réflexe achilléen. — Hyper-albuminose du liquide céphalorachidien sans lymphocytose. — Atrophie musculaire. — Infiltrats cellulalgiques. — Guérison par les massages.

Nou... Claire, 28 ans, ouvrière, entre salle B. TESSIER, le 22 mars 1928, pour une sciatique droite apparue trois semaines environ auparavant.

Pas d'antécédents particuliers si ce n'est une facilité particulière à faire des ecchymoses.

C'est en pleine santé que la malade a été prise brusquement d'une douleur vive au membre inférieur droit. Elle a continué son travail jusqu'au 18 mars, puis se met au lit et entre ensuite à l'hôpital.

Il s'agit d'une femme à aspect général floride, sans température. L'examen général est absolument négatif : rien aux poumons, cœur normal T. A. 14/7, la palpation abdominale et le toucher ne révèlent rien, les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.

L'examen du membre inférieur droit révèle les signes habituels de la sciatique : la malade est couchée dans son lit sur son côté gauche, en marchant elle ne prend qu'un appui rapide sur le pied droit.

Les points douloureux sont nets : gouttière ischiotrochantérienne, face postérieure de la cuisse, point péronier.

Les deux manœuvres d'élongation du nerf de Lasègue et Bonnet sont positives.

La douleur à la toux et à l'éternuement est nettement marquée.

On note par ailleurs l'abaissement du pli fessier à droite et une atrophie musculaire assez nette : 2 cm à la partie moyenne de la cuisse et 1 cm 5 au mollet par rapport au membre inférieur gauche.

Les réflexes rotuliens sont normaux, le réflexe achilléen droit est aboli alors que le gauche est conservé.

La sensibilité objective est parfaitement normale aux deux membres inférieurs.

On pratique le 23 mars une ponction lombaire qui ne montre pas de lymphocytose : moins de un élément par millimètre cube à la cellule de Nageotte. Albuminose : 0 gr. 42 par litre. Sucre : 0 gr. 49 par litre. La réaction de Wassermann est négative dans le liquide céphalo-rachidien, mais légèrement positive dans le sang.

La palpation révèle des nodules cellulalgiques, le long de l'interligne sacro-iliaque droit, nettement douloureux

à la pression. Les mouvements de la nuque sont également douloureux, la douleur à l'occasion du jeu musculaire s'irradie tout le long de la colonne et jusqu'à la racine du membre inférieur droit.

Devant le résultat du Wassermann légèrement positif dans le sang, on commence le 10 avril un traitement spécifique. La malade reçoit douze injections intra-veineuses de 1 centigramme de cyanure de mercure. Aucune amélioration n'est observée par ce traitement. La malade garde sa douleur à l'effort, à la toux et à l'éternuement, la marche est toujours impossible. En juin 1928, le syndrome douloureux n'étant pas modifié, on commence une série de massages qui améliore très rapidement la malade, mais le réflexe achilléen reste toujours aboli.

Elle part en convalescence guérie, ne souffrant plus du tout à l'occasion de la marche, le 25 juin 1928.

OBSERVATION X

(Observation de la clinique du Professeur PAVIOT).

Névralgies sciatique et crurale droite. — Pas de modifications des réflexes tendineux. — Infiltrats cellulaligiques. — Troubles digestifs. — Guérison par massage.

Dreb... Etienne, 46 ans, entre le 12 janvier 1929 salle Saint-Augustin pour des douleurs névralgiques du membre inférieur droit. On ne relève rien dans ses antécédents si ce n'est un éthylysme net (plus d'un litre de vin par jour) et une dysenterie amibienne contractée pendant la guerre à Salonique.

La sciatique droite est apparue pour la première fois en 1906, elle a disparu après quelque temps.

Depuis quatre ans le malade accuse des troubles digestifs très marqués, il souffre après ses repas et présente un état nauséeux.

L'examen viscéral est négatif : le foie ne déborde pas les fausses côtes, la rate n'est pas perçue, rien au cœur T. A. 12 1/2 / 7 1/2. Urines : ni sucre, ni albumine.

L'examen nerveux montre que les douleurs affectent une localisation de névralgie crurale (s'irradiant dans l'arcade crurale, la face antérieure de la cuisse et la région rotulienne) autant que de névralgie sciatique.

Mais il n'existe aucune modification des réflexes tendineux, aucun trouble de la sensibilité objective.

Les réflexes oculaires sont normaux.

L'examen des articulations ne montre aucun signe du côté de l'interligne sacro-iliaque, aucune limitation des mouvements de la coxo-fémorale.

La recherche des infiltrats cellulalgiques montre qu'ils sont très nombreux. On en trouve au niveau des crêtes iliaques postérieures, en regard des interlignes sacro-iliaques, dans le fascia lata, dans les espaces intercostaux, à la nuque. Partout ces infiltrats roulent sous le doigt, leur palpation provoque une vive douleur.

On note sur la lèvre supérieure la présence de nombreux grains cholestériniens.

Le malade refuse la ponction lombaire.

On commence aussitôt les massages qui améliorent très rapidement le malade. Après les 6 premières séances il déclare ne plus souffrir, il quitte le service.

OBSERVATION XI

(Observation de la clinique du Professeur PAVIOT).

Sciatique gauche. — Pas de modifications des réflexes tendineux. — Infiltrats cellulalgiques. — Guérison par le pétrissage.

Slim... 22 ans, Algérien du Sud, entre le 10 novembre 1928 pour des phénomènes douloureux de la fesse gauche qui ont été mis sur le compte d'une sciatique de nature hypothétique. C'est au cours de son travail de fondeur qu'est apparue la douleur, survenant moins par crises qu'au moments des efforts, devenant rapidement assez vive pour l'obliger à cesser son travail.

L'examen viscéral de ce malade est absolument négatif, une auscultation pulmonaire soigneuse n'a pas montré le moindre signe suspect aux sommets. Le malade d'ailleurs ne tousse pas, n'a pas de fièvre. Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.

Quand on recherche les signes de sciatique on trouve un assez grand nombre de points douloureux à la fesse et dans la région sacro-iliaque, mais rien au-dessous de la gouttière ischiotrochantérienne. Les signes de Lasègue et de Bonnet sont négatifs. Il n'y a pas d'atrophie musculaire, aucune modification des réflexes rotuliens ou achilléens, aucun trouble de la sensibilité objective.

On ne trouve pas davantage de lésions ostéo-articulaires de voisinage, aucune limitation des mouvements de la hanche, pas de signes de sacrocoxalgie, examen négatif de la colonne.

En palpant soigneusement la région douloureuse le premier signe qui attire l'attention est une sorte de crépitation au niveau des interstices musculaires, au-dessous et en arrière des crêtes iliaques postérieures. On sent ensuite sous le doigt en explorant profondément la fesse une série d'épaississements et d'infiltrats en nodules, en cordons ou en placards, des deux côtés, mais beaucoup plus douloureux à gauche qu'à droite. Parmi ces infiltrats les uns crépitent légèrement, les autres sont plus durs et roulent sous le doigt comme des noyaux d'olives.

On retrouve ces infiltrats cellulalgiques dans la portion sous-trochantérienne du fascia lata.

Le malade est resté dans le service une semaine environ, il en est parti guéri. Il se produisit la chose suivante : le malade présentait des nodules si caractéristiques et si faciles à sentir avec leur crépitation fine bien particulière aux infiltrats encore jeunes, qu'il fut montré à diverses reprises aux élèves de la Clinique Médicale comme type de lésions cellulalgiques. Il s'ensuivit que pendant 4 ou 5 jours il fut véritablement pétri sans interruption tous les matins par un grand nombre d'élèves apprenant à sentir et à reconnaître cette affection à laquelle il leur avait été plusieurs fois fait allusion.

Sous l'influence de ce pétrissage, de ces malaxations ininterrompues, les infiltrats récents qui étaient à l'origine du syndrome douloureux se résorbèrent rapidement.

N'ayant pas été très satisfait de ces massages improvisés souvent très douloureux; ne ressentant plus par ailleurs la douleur pour laquelle il était venu, l'Algérien disparut prestement du service, se déclarant parfaitement guéri. Il ne fut pas revu depuis.

CHAPITRE IV

Pathogénie générale des infiltrats cellulalgiques Leurs associations morbides

Le mécanisme pathogénique des cellulalgies fut envisagé de façons si différentes que nous ne chercherons même pas à en faire un rapide historique, tant les opinions furent dissemblables. Nous avons dit que la plupart des malades présentant ces infiltrats sont fréquemment des douloureux de la tête à forme névralgique ou des migraineux vrais, des douloureux des articulations (ou de ce que l'on suppose être ostéo-articulaire) et des gaines tendineuses, c'est sans doute ce qui les a fait rattacher si souvent à la grande classe des rhumatisants. En Allemagne et en Angleterre on ne discutait même pas jusqu'à ces toutes dernières années la pathogénie des cellulites,

on les mettait invariablement sur le compte d'un rhumatisme chronique s'accompagnant ou non de manifestations ostéoarticulaires. Aujourd'hui cette explication nous semble d'autant plus insuffisante que le rhumatisme chronique nous apparaît comme un vaste syndrome, fort complexe dont il reste à établir et à dissocier les facteurs étiologiques.

Mais si ces malades présentent souvent des douleurs variables, pseudo-rhumatoïdes, qui ne sont en somme que la traduction clinique de leurs infiltrats ils offrent par ailleurs un syndrome dyspeptique qui évolue parallèlement, précédant nettement ou étant contemporain des manifestations cellulalgiques. Tous les auteurs qui se sont occupés de la cellulite ont noté, sans préciser davantage, l'existence chez ces malades de troubles hépato-digestifs.

Nous avons dit déjà qu'ils souffrent fréquemment de véritables migraines, ils ont de l'urticaire, des prurits, des crises d'asthme. Dans leurs antécédents héréditaires on trouve des « hépatiques », des diabétiques. Souvent ils ont eu un ou deux ictères, sinon assez récemment, du moins dans la jeunesse ou dans l'adolescence, sans douleur, le plus souvent sans fièvre, et qu'on a dit être « émotif » ou catarrhal.

Chez les adultes que l'on est appelé à examiner pour des troubles dyspeptiques et qui offrent en outre ces cellulalgies, on retrouve dans leur enfance des incidents digestifs brusques, fréquents avec vomissements et céphalée, qui les arrêtent quelques jours. A la suite de ces incidents, certains parmi ces malades présentent des pâleurs, des « états anémi-

ques », comparables aux suites des chocs hémoclasiques. Ce sont souvent des jeunes filles, on dit qu'elles ont eu de « l'anémie de l'adolescence ».

D'autres fois ce sont des malades plus âgés qui viennent consulter pour une crise hépatique douloureuse sans ictère : la douleur assez vive est apparue à la suite d'un écart de régime, elle siège dans l'hypocondre droit, le foie est gros, douloureux, mais il n'est pas dur, on accroche difficilement son bord inférieur, cette manœuvre est d'ailleurs toujours douloureuse. Les malades disent qu'ils sentent leur foie, tout repas est impossible, la plus petite ingestion alimentaire réveille la douleur. La recherche des infiltrats cellulalgiques aux points d'élection permet chez ces malades de les découvrir facilement.

D'autres fois ce sont des dyspeptiques et des entéritiques, quelquefois c'est l'intestin avec des poussées de colite muqueuse ou muco-membraneuse qui a donné les premiers troubles. Parfois ils ont été des constipés opiniâtres avant de devenir des colitiques « à glaires » ou à « muco-membranes ».

D'autres enfin accusent le tableau classique du syndrome douloureux épigastrique tardif, après le repas. La région cœliaque est douloureuse, le chimisme gastrique est normal, il n'y a aucun signe d'ulcère, il s'agit en réalité de petites crises de cœlialgie survenant en séries, en cascades, après les repas.

Telles sont les différentes associations morbides qu'il est habituel de voir accompagner les lésions cellulalgiques que nous avons décrites. Les malades sont presque toujours des dyspeptiques, des gastri-

ques, des hépatiques, des entéro-colitiques. Toutes ces manifestations ne sont que la traduction clinique d'une insuffisance hépatique plus ou moins marquée que l'on doit toujours chercher à mettre en évidence.

Il ne s'agit jamais de grandes insuffisances hépatiques avec ictère, hémorragies multiples, troubles nerveux et syndrome urinaire mais toujours de petites insuffisances hépatiques latentes dont le dépistage au début est si délicat. Ce sont ces états que l'on a décrit sous le nom de « petit hépatisme » (GLÉNARD), d' « hépatisme uricémique » d' « hépatisme cholémique ». Ce sont des malades qui ne sont même pas subictériques, dont les urines sont claires et contiennent par intermittence de l'urobiline, mais dont les troubles digestifs dominent la scène clinique. On pourra faire chez eux l'épreuve de l'hémoclasie digestive provoquée par 200 gr. de lait (WIDAL, ABRAMI et IANCOVESCO), on recherchera en outre le coefficient de MAILLARD, la glycosurie alimentaire, la glycuronurie provoquée, en se rappelant toutefois que tous ces modes d'exploration de l'insuffisance fonctionnelle du foie sont infidèles. On a multiplié à l'infini cette recherche par le laboratoire. Après le dosage de la bilirubinémie, la recherche de l'indoxyl ou du scatol, on a proposé la courbe de la glycémie après ingestion de sucre : triangle de glycémie provoquée de LARRÉ et NEPVEUX, et la cutiréaction à la tuberculine qui pourrait être négative par état d'anergie. En réalité le dépistage de l'insuffisance hépatique au début est encore à l'étude, il ne repose

jusqu'à présent sur aucun test qui ne soit pas très souvent en défaut.

Aussi ne peut-on actuellement, chez les cellulalgiques, signer à coup sûr et de façon constante l'insuffisance hépatique qui nous paraît être en cause dans la presque totalité des cas. Faute d'un test précis et sensible, nous en sommes réduits à attendre que cette insuffisance se manifeste cliniquement par des signes qui sont au fond assez grossiers. Il est bien évident que les troubles hépato-digestifs n'apparaissent que lorsque le foie est déjà sérieusement atteint et que toutes ses fonctions sont largement troublées. Nous avons dit qu'un très grand nombre de cellulalgiques sont des hépatiques avérés, par leurs antécédents, (ictère) ou leurs manifestations concomitantes (urticaire, migraine, asthme, etc...), nous dirons davantage : *tous les infiltrats cellulalgiques, ou la presque totalité d'entre eux, sont dûs à l'insuffisance fonctionnelle du foie et plus particulièrement au trouble de sa fonction protéopexique*. La démonstration de ce fait n'est pas encore toujours possible, faute de pouvoir apprécier le trouble de cette fonction par une épreuve sensible. Il n'en reste pas moins vrai qu'il suffit d'examiner soigneusement un grand nombre de ces malades pour acquiescer la conviction qu'ils sont tous des hépatiques et que leur foie est responsable des infiltrats cellulalgiques qu'ils présentent. L'effet de la thérapeutique, en particulier du traitement de l'insuffisance hépatique, vient renforcer encore cette conviction.

Sous l'effet de cette insuffisance de la fonction protéopexique un nombre plus ou moins considérable

d'albumines étrangères apportées par l'alimentation ne sont plus transformées comme elles le sont normalement et se présentent avec des caractères de toxicité vis-à-vis des milieux humoraux.

On peut concevoir ainsi que le mécanisme des infiltrats cellulalgiques peut être réalisé de deux façons un peu différentes. Les substances alimentaires protéiques non assimilables et incomplètement transformées passent dans le milieu sanguin et arrivent au niveau des espaces interstitiels, siège de tous les échanges nutritifs destinés à la vie des tissus. Dans le milieu interstitiel l'albumine étrangère peut se comporter comme une substance toxique, irritante pour ce milieu qui réagira par les manifestations vaso-motrices et exsudatives dont nous avons parlé au cours de notre étude anatomique des infiltrats. Elle peut encore y produire des manifestations anaphylactiques ou anaphylactoïdes vis-à-vis des albumines humorales et tissulaires normales. C'est ainsi qu'on a pu comparer l'exsudat cellulalgique du début à un urticaire ou un œdème de QUINCKE localisé au tissu cellulaire profond.

De ces deux mécanismes : irritation tissulaire vis-à-vis d'une substance protéique toxique et manifestation anaphylactoïde du tissu cellulaire, le second nous a paru devoir être le plus habituel et le plus conforme aux faits anatomiques que nous avons eu l'occasion d'étudier. On sait en effet que le caractère histologique primordial des manifestations anaphylactiques est d'être réalisées par des phénomènes de vaso-motricité et d'exsudation séreuse sans diapédèse. Or nous avons vu que c'est précisément là les

seuls phénomènes histologiques qu'il ait été possible de surprendre par l'examen des nombreuses biopsies que nous avons pratiqué. Jamais en effet nous n'avons trouvé d'inflammation commune ayant le plus petit caractère infectieux, jamais de phénomènes hyperplasiques ou d'hypergenèse cellulaire.

On pourra reprocher sans doute à cette nouvelle conception pathogénique que nous offrons des cellulites de n'être encore qu'une hypothèse de travail. Elle n'en est pas moins fondée sur des faits. La constance presque absolue des manifestations d'insuffisance hépatique fruste chez les cellulalgiques a été signalée par tous les auteurs qui ont étudié la cellulite sous le nom de troubles hépato-digestifs. Il n'est plus douteux actuellement que ces malades doivent être considérés comme des hépatiques et traités comme tels. La conception des phénomènes anaphylactiques du tissu cellulaire engendrés par l'insuffisance de la fonction protéopexique du foie, à défaut d'être encore solidement étayée par l'expérimentation n'en reste pas moins l'hypothèse la plus séduisante que l'on puisse apporter pour expliquer les phénomènes observés cliniquement. Dès 1926, M. le Professeur PAVIOT signalait que c'est à l'insuffisance protéopexique du foie et à ses manifestations classiques aujourd'hui : migraines, urticaires, dermatoses et asthme, que ces cellulalgies s'apparentent le plus souvent. A cette époque aucune biopsie n'avait encore permis de confirmer cette hypothèse par l'étude histologique des lésions cellulalgiques. Nous ne prétendons pas que la démonstration rigoureuse de cette conception soit faite aujourd'hui.

d'hui, nous la présentons simplement avec tous les faits qui viennent lui donner chaque jour davantage un appui logique et raisonnable.

Nous avons essayé de reproduire expérimentalement l'infiltrat cellulalgique, nous n'y sommes pas parvenus, les difficultés pratiques que nous avons rencontrées nous ont fait abandonner cette entreprise. Nous pouvons dire simplement que l'intradermo-réaction à l'huile cholestérinée (5 pour 100) selon la technique proposée par LœPER et LEMAIRE comme test des « maladies précipitantes » n'a jamais été positive chez nos cellulalgiques. C'est d'ailleurs ce que nous avait fait prévoir le dosage de la cholestérinémie qui fut trouvée normale chaque fois qu'elle fut recherchée.

Quoi qu'il en soit, en admettant que le déficit fonctionnel du foie soit à l'origine des infiltrats cellulalgiques par l'intermédiaire du trouble de sa fonction protéopexique, il reste à établir les différentes causes susceptibles de réaliser l'insuffisance hépatique, le terrain sur lequel ces causes vont évoluer.

Comme l'enseigne en effet N. FIESSINGER, deux facteurs étiologiques entrent en jeu pour créer et entretenir l'insuffisance fonctionnelle du foie : 1° *Le terrain*, résultante de la débilité hépatique héréditaire, 2° *l'acte nocif*, débilité acquise par l'atteinte de l'organe pendant la vie, acte nocif d'autant plus nuisible que la résistance opposée par le foie est diminuée.

LE TERRAIN, ou débilité hépatique héréditaire, peut relever de causes différentes.

Le foie des arthritiques héréditaires est connu de-

puis fort longtemps et a fait l'objet de travaux importants. Il est d'observation clinique courante de constater l'existence d'affections hépatiques chroniques chez les arthritiques (lithiasse biliaire, hépatomégalias douloureuses, troubles hépato-digestifs). Par ailleurs la cellulite a été de tout temps rattachée à l'arthritisme : HANRIOT (Thèse de Paris 1913 : « Contribution à l'étude d'une des manifestations de l'arthritisme : la cellulite ») et plus récemment WETTERWALD (Congrès de l'arthritisme, Vittel, juin 1927 et M. de LANGENHAGEN (Fibromyosite arthritique).

Enfin le *terrain tuberculeux* est pour M. le Professeur PAVIOT, fréquemment rencontré dans les antécédents héréditaires et personnels de ces sujets qui présentent le syndrome cellulalgique. Mais c'est d'ordinaire un *terrain tuberculeux à manifestations légères, abortives, ganglionnaires, ou des séreuses et plus ou moins guéries.* » Souvent ces malades apparaissent dans leur famille comme un des sujets ayant échappé à la tuberculose pulmonaire qui a été la cause de mort d'un ou plusieurs frères et sœurs, quand ce n'est pas le père ou la mère même. Souvent nous avons pu retrouver sur eux-mêmes une cicatrice de ganglion cervical, d'une ostéite costale dans la jeunesse ; la pleurésie sèche ou à épanchement se retrouve dans leur passé pathologique. Le cas que nous avons pu suivre le plus éloquent et jetant une clarté assez vive sur le terrain où se montrent ces infiltrats de cellulite qu'elle présentait en poussées successives, multiples et variées de localisation est

celui d'une femme de 44 ans qui avait dû être réséquée de son coude droit huit ans avant, qui gardait des ganglions durs axillaires et sus-claviculaires et qui finit par mourir d'une méningite tuberculeuse. Citons aussi celui d'une femme plus âgée, 58 ans, offrant de l'asthme depuis longtemps, après une pleurésie droite, ponctionnée et terminée par symphyse étendue ; elle offrait des nodules cellulitiques douloureux des deux régions sacro-iliaques, la douleur à la friction de la face externe des deux cuisses « douleur en couture de pantalon », des trainées de cellulite profonde cervicale douloureuse, quand, après 5 ans d'évolution de ces exsudats, apparaît un jour un abcès costal au niveau de la 4^e dorsale. Nous pourrions citer encore une coxalgie guérie de l'enfance chez un troisième présentant des exsudats cellulalgiques de toutes variétés quand nous le voyons vers la soixantaine. Et les exemples seraient aisément multipliés en dépouillant les notes » (Professeur PAVIOT).

L'ACTE NOCIF, débilité hépatique acquise par l'atteinte de l'organe pendant la vie reconnaît à son tour des causes différentes.

Toutes les intoxications longtemps prolongées atteignent spécialement la glande hépatique et suffisent à créer la lésion propice aux cellulalgies, elles contribuent largement à l'exagérer quand la débilité hépatique héréditaire existe déjà.

Parmi ces intoxications *l'usage prolongé et exagéré* du vin pour les malades du milieu observé dans les salles d'hôpital, *l'abus des différents alcools* dans la classe plus riche, nous a paru représenter une cause

importante de la lésion hépatique acquise. Quand on pratique un interrogatoire minutieux chez les différents malades pour lesquels la cellulalgie est évidente, il est très fréquent de noter un éthylysme plus ou moins marqué mais régulièrement entretenu pouvant suffisamment expliquer à lui seul la déficience fonctionnelle progressive de la glande hépatique.

A côté de ces faits la *syphilis* joue incontestablement un rôle important que tous les auteurs admettent aujourd'hui d'un commun accord. Pour M. le Professeur FAVRE les cellulites spécifiques sont fréquentes et se présentent cliniquement avec des tableaux très divers et souvent fort différents des cellulalgies chroniques. Nous avons eu l'occasion d'observer dans son service de véritables formes aiguës des membres inférieurs cédant rapidement au traitement antisypilitique mais même dans les cellulalgies chroniques infiltrées, auxquelles cette étude a été volontairement limitée, il n'est pas rare de voir coexister les infiltrats avec d'autres manifestations de la syphilis secondaire. On peut les observer d'ailleurs chez des malades vigoureusement traités pour lesquels se pose une autre question, celle d'une cellule hépatique surmenée par les traitements modernes de la syphilis.

Enfin il existe encore deux autres facteurs signalés par M. le Professeur PAVIOT dans son enseignement hospitalier et dans une récente publication, c'est d'une part *l'intoxication lente et trop souvent méconnue par le gaz d'éclairage* (ou plutôt les gaz résultant de sa combustion, particulièrement l'acide

carbonique et un peu d'oxyde de carbone), que la ménagère du peuple, l'ouvrier, l'employé ne soupçonnent même pas et contre laquelle on ne leur fait prendre aucune précaution.

C'est d'autre part chez certains malades, l'existence d'une *suppuration prolongée*, à un moment quelconque de leur vie, même lorsqu'elle a été soignée, incisée, drainée correctement et dont le type est fourni par la plaie de guerre avec broiement de muscles et d'os, ou la suppuration de plèvre incisée et bien guérie. On dirait que ces sujets ont gardé de leur infection une altération humorale, une altération de leurs colloïdes, dirions-nous pour être modernes, qui les laisse pendant longtemps aptes à faire ces déchets douloureux dans leur « milieu intérieur » le tissu connectif. Cette conception est conformée du fait que chez de tels sujets les cicatrices de leurs interventions chirurgicales ou de leurs plaies de guerre restent douloureuses, souvent le pourtour de leur cicatrice a semé très loin dans le tissu cellulaire des nodosités douloureuses perceptibles. Ce sont ces faits qu'avait déjà bien remarqué L. ALQUIER et qu'il mit en valeur pour en tirer des conclusions pathogéniques sur le « barrage lymphatique ». Pour cet auteur la lésion cellulalgique nodulaire ou infiltrée est réalisée par l'engorgement lymphatique, bien exceptionnellement vérifiable à notre avis.

On pourrait faire à notre conception des infiltrats cellulalgiques créés et entretenus par le trouble de la fonction protéopexique du foie. l'objection qu'il existe des malades chez lesquels le facteur hépatique paraît

être absolument absent et qu'il est impossible d'en déceler la moindre manifestation. Ces faits sont d'ailleurs assez rares, mais comme le fait remarquer N. FLESSINGER la cellule hépatique est d'une sensibilité extrême et souvent les fonctions évidentes de la glande (fonction biliaire par exemple) s'accomplissent encore normalement alors que le foie est déjà sérieusement lésé dans ses éléments nobles. Les travaux importants de l'école Lyonnaise avec les recherches expérimentales de J.-F. MARTIN (1927) sur l'histogénèse des stades initiaux des lésions hépatiques, les recherches histophysiologiques de R. NOËL sur la cellule hépatique des mammifères, l'étude des lésions du chondriome hépatique dans les chocs anaphylactiques de P. CROIZAT (1927) ont bien mis en lumière et minutieusement analysés les modifications pathologiques de la cellule hépatique. De l'absence de lésions hépatiques évidentes il ne faut pas conclure à l'intégrité de l'organe.

Aussi pensons-nous qu'avant de parler de déséquilibre neurovégétatif ou d'incriminer un trouble de la régulation du système endocrinien il faut interroger soigneusement les différentes fonctions de la glande hépatique et rechercher en utilisant les différentes méthodes de laboratoire que nous avons citées, le moindre trouble qui suffit à dépister l'insuffisance hépatique latente.

CHAPITRE V

Considérations thérapeutiques

La thérapeutique idéale est, là comme ailleurs, celle qui répondrait à l'étiologie et à la pathogénie connues du syndrome cellulalgique en cause.

Il s'agit avant tout d'individus qui souffrent et dont il faut calmer la douleur. Nous avons eu plus particulièrement en vue dans ce travail les formes sciatiques des infiltrats cellulalgiques. Le traitement devra donc d'une part s'adresser au syndrome douloureux du membre inférieur pour l'améliorer ou le guérir si possible. Mais cette algie n'étant qu'une manifestation plus particulièrement fréquente du syndrome cellulalgique, le traitement devra s'adresser d'autre part à la lésion initiale qui est tenue pour responsable de l'apparition des infiltrats.

Ainsi compris le traitement devient rationnel, il vient surtout par son efficacité donner à notre concep-

tion pathogénique un appui clinique précieux, il constitue pour nous le meilleur test du déficit fonctionnel du foie.

Nous envisagerons successivement le traitement général et de la fonction hépatique en cause, puis le traitement local de l'algie sciatique pour laquelle les différentes thérapeutiques habituellement instituées sont restées inefficaces.

I. — Le traitement général de la fonction hépatique en cause

Si le terrain hépatique est décelable, si les probabilités cliniques du fait des associations morbides sont pour faire admettre que les déchets cellulalgiques relèvent d'un trouble fonctionnel du foie portant sur une mauvaise élaboration des protéoses ou des graisses, c'est à ce fonctionnement hépatique qu'une bonne thérapeutique devra tout d'abord s'adresser.

Il faut donc chez de tels malades faire reposer le foie au maximum, non seulement vis-à-vis des graisses, de l'huile, *mais aussi des albumines les plus fragiles de l'alimentation journalière comme celles du lait et surtout des œufs*. Il faut à ce point de vue être d'une sévérité rigoureuse et longtemps prolongée et supprimer systématiquement non seulement le lait mais les fromages frais (crème, fromage blanc) et tout emploi d'œufs dans l'alimentation. On se rend en effet facilement compte que ces malades font, grâce

aux albumines étrangères apportées par les aliments une série d'accidents anaphylactoïdes en cascades, journaliers, à horaire fixe, de jour ou de nuit, gastriques ou intestinaux, accidents qu'on ne supprimera jamais complètement puisqu'on est obligé de leur laisser encore des viandes. Le type le plus évident de ces accidents est réalisé par ces malades qui souffrent après tous leurs repas et qu'on voit le matin dans le service hospitalier présentant régulièrement, pendant les deux ou trois heures qui suivent le bol de café au lait traditionnel, des troubles vaso-moteurs (sudations, rougeurs de la face, dermatographisme très marqué) et une sensation du pesanteur, de digestion difficile, parfois plus franchement douloureuse pendant tout le temps que va durer la digestion du lait matinal. Il suffit de supprimer le lait à ces malades, de le remplacer par une soupe ou du café noir pour voir aussitôt tous ces accidents disparaître.

En dehors du régime alimentaire il faut chercher à produire un choc sur ce foie troublé fonctionnellement et souvent depuis fort longtemps à en juger par les troubles divers d'hépatisme que le malade accuse. Il suffit d'employer pour cela les peptones, comme on sait les utiliser contre la migraine, l'urticaire, certaines dermatoses et l'asthme. On peut dire que *l'utilisation du choc peptonique* est de mise chez tous les cellulalgiques, en se gardant des accidents anaphylactoïdes de cette médication de choc par *l'association de l'adrénaline*, des vaso-constricteurs en général, du chlorure de calcium, de l'hyposulfite

de sodium. Pratiquement on donne la peptone de Witte et l'adrénaline.

Ces médications peptoniques et antianaphylactiques ne sont pas inconnues dans l'urticaire, les migraines, etc..., le syndrome cellulalgique en bénéficiera lui aussi. Mais ces médications sont toujours osées trop faiblement et pendant trop peu de temps. Ce n'est pas dix jours, ni quinze jours, mais trois mois que cette médication hépatique doit être prolongée et imposée au malade.

On pourra enfin avantageusement donner quelques cholagogues doux pour provoquer la chasse biliaire ou la faciliter.

Le point essentiel du traitement par la peptone et l'adrénaline est qu'il doit être suffisamment prolongé trois mois environ et surtout très régulièrement et méthodiquement suivi. La peptone, sous quelque forme qu'on la donne sera prise tous les jours une demi heure environ avant chacun des repas.

II. — Le traitement local de l'algie

Quand le diagnostic de sciatique vraie ou beaucoup plus souvent de pseudo-sciatique par infiltrats cellulalgiques a été posé, c'est à la kinésithérapie qu'il faut recourir.

La question du massage est un peu délicate parce que les médecins s'y sont laissés devancer par les

empiriques. Au lieu de procéder comme les Suédois, les Danois, les Anglais, de systématiser le massage, de le comprendre, de voir ses résultats, d'instruire des hommes et des femmes appelés à le pratiquer, les médecins français ont préféré passer sous silence les résultats obtenus par les physiothérapeutes. Ne valait-il pas mieux chercher à comprendre le pourquoi et le comment de ces résultats et voir à quels cas ils s'adressaient. Les Suédois dans leurs instituts scientifiquement organisés pour l'instruction des élèves mériteraient d'être visités par les médecins français qui veulent rester sceptiques et invoquer pour expliquer les résultats obtenus des phénomènes de suggestion ou du moins une influence morale.

La kinésithérapie des infiltrats cellulalgiques ne doit pas être conduite à la manière d'un massage banal mais selon la méthode dite de KELGREEN. Déjà en 1904, STOCKMAN écrivait : « Le massage général n'est d'aucune efficacité, le traitement doit être spécialement dirigé sur les nodules et les indurations que l'on sent et sur les régions qui sont douloureuses. En certains points, particulièrement dans la région lombaire et dans le fascia lata, quoique un endolorissement ou une douleur existent, aucun épaississement n'est senti tout d'abord. Mais après avoir été massés quelques jours, certains points apparaissent gonflés et douloureux et le siège exact des lésions peut être ainsi localisé ».

Nous n'insisterons pas sur la technique même du massage, qui peut être pratiqué soit avec du talc, soit après avoir enduit la peau d'huile de vaseline ou

d'une autre substance huileuse. Nous indiquerons simplement dans ses grandes lignes la conduite de la cure.

Au début le massage doit être court, car une séance trop prolongée peut être suivie d'une irritation douloureuse des infiltrats et d'une assez grande impotence fonctionnelle. Après quelques jours de traitement, les infiltrats deviennent plus douloureux et plus nets, puis ils commencent ensuite à diminuer de volume. Une pression plus grande peut à ce moment être exercée, c'est alors qu'on les voit devenir de plus en plus petits et durs et qu'ils peuvent finalement disparaître complètement.

Le massage sera presque toujours quotidien et ne dépassera pas 10 à 15 minutes chaque fois.

Le temps nécessaire pour obtenir la disparition complète des infiltrats est essentiellement variable. Les uns récents et mous peuvent disparaître en une à trois semaines. D'autres sont beaucoup plus tenaces et résistent à plusieurs mois de massages réguliers, certains mêmes deviennent très durs et ne disparaissent jamais.

Dans les sciatiques si l'algie est due à des nodules fessiers que l'on peut facilement comprimer sur le plan osseux sous-jacent, la cure est rapide. Mais si l'infiltrat est dans la gaine ou dans la loge du nerf profondément logé dans les masses musculaires et imparfaitement accessible, il est difficile de l'atteindre et le massage est rarement très effectif.

Pratiquement l'effet de la kinésithérapie est de soulager presque toujours rapidement les malades,

elle reste parmi tous les traitements locaux le seul qui nous ait paru être véritablement efficace.

Mais il faut se rappeler que *ce traitement local seul est insuffisant à assurer la guérison*. Chaque fois que nous n'y avons pas associé le traitement général, nous avons vu survenir soit au cours de l'amélioration de la sciatique, soit après des guérisons apparentes de quelques semaines, de nouvelles rechutes au membre inférieur ou en d'autres points. Il ne faudra donc jamais manquer d'instituer systématiquement le traitement de l'insuffisance hépatique qui seul permet d'obtenir une guérison véritable et durable.

Conclusions

I. — Les névralgies sciatiques, avec les symptômes classiques que nous avons rappelé, ressortissent à des étiologies multiples. Si la cause du syndrome est évidente la sciatique est dite symptomatique, sinon elle est qualifiée d'« essentielle ». Ces dernières sont d'ailleurs de beaucoup les plus fréquentes. Quand toutes les causes locales, générales ou dyscrasiques de sciatique ont pu être écartées par un examen minutieux et un inventaire clinique complet du malade, il faut toujours songer à explorer le tissu cellulaire et plus particulièrement certaines zones d'élection pour y rechercher l'existence d'infiltrats cellulalgiques.

II. — Ces infiltrats cellulalgiques, décrits encore sous le nom de cellulite se présentent de façons très diverses selon leur forme et leur consistance. On les sent toujours facilement à la palpation qui réveille à leur niveau une sensation douloureuse.

Cliniquement ils prennent habituellement le masque d'une affection névralgique : céphalées hémicraniennes (frontales, temporales ou occipitales), névral-

gies du membre supérieur, torticolis, lumbago et surtout névralgies sciatiques.

Leur substratum anatomique nous paraît être, à la suite de la phase congestive, vasodilatatrice du début, une exsudation séreuse sans diapédèse qui va plus ou moins rapidement s'organiser vers la sclérose quand l'affection est abandonnée à son évolution naturelle.

III. — Parmi les sciatiques dont la cause nous a paru devoir être rattachée à l'existence de ces infiltrats cellulalgiques de la fesse, de la région sacro-iliaque et du fascia lata, la plus grande part sont en réalité des pseudo-sciatiques. La douleur n'est en effet jamais conditionnée par ce nerf mais par la névrite interstitielle des petits filets nerveux sensitifs du tissu cellulaire qui se trouvent englobés dans l'exsudat cellulitique. Beaucoup plus rares sont les sciatiques vraies par extension du processus cellulalgique au tissu conjonctif de la gaine ou du nerf lui-même, ou par lésions analogues de la graisse épидurale réalisant le syndrome funiculaire décrit par SICARD et FORESTIER.

IV. — La cause de la confusion journalière de ces faits avec la sciatique névralgie ou névrite vraie, de causes générales ou dyscrasiques tient à ce que les exsudats cellulalgiques ont parmi leurs sièges d'élection les points d'attache des aponévroses fessières et les gaines tendineuses d'insertion des muscles fessiers.

Si les points de VALLEIX, ne doivent pas être totale-

ment détronés de leur signification il faut du moins ne pas trop se hâter d'attribuer une douleur spontanée ou provoquée au tronc ou aux branches du sciatique. Il faut savoir palper les infiltrats cellulalgiques dont la perception n'est pas toujours grossière mais correspond souvent à une simple différence de consistance du muscle ou des tissus péri-tendineux, sièges de ces exsudats.

V. --- L'observation clinique de nombreux malades atteints de cellulalgie nous a montré la très grande fréquence de troubles hépato-digestifs associés, revêtant différents types : gastrique ou dyspeptique, entérique ou entérocolitique et hépatique vrais.

Même quand ces manifestations cliniques sont absentes, l'insuffisance hépatique est presque toujours démontrée par l'existence d'autres phénomènes de même ordre (migraines, urticaire, asthme), ou parfois par les épreuves de laboratoire (hémoclasie digestive provoquée selon la technique de WIDAL, ABRAMI et IANCOVESCO, par exemple) Au cours de ce déficit fonctionnel de la glande hépatique, le trouble le plus important est celui de la fonction protéopexique du foie. Les albumines alimentaires, incomplètement transformées passent dans la circulation et arrivent dans le milieu conjonctif interstitiel, où elles vont réaliser des phénomènes anaphylactoïdes comparables aux œdèmes de QUINCKE, mais localisés en certains points du tissu cellulaire. Les troubles vaso-moteurs et l'exsudation séreuse de ces manifestations anaphy-

lactiques seront la phase de début des infiltrats cellulalgiques.

VI. — La thérapeutique des sciaticques par cellulalgie doit donc être double. D'une part il faut instituer le traitement de l'insuffisance hépatique par le régime, la suppression aussi complète que possible des albumines alimentaires, l'utilisation du choc peptonique associé aux vaso-constricteurs dont le type est l'adrénaline. D'autre part il faut traiter localement les infiltrats cellulalgiques par des malaxations et pétrissages kinésithérapiques correctement conduits et suffisamment prolongés.

Vu :
LE DOYEN,
JEAN LEPINE.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
PAVIOT.

Vu et permis d'imprimer

Lyon, le 23 Mai 1928.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

Pour le Recteur et par délégation,

LE VICE-PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
L. JOSSERAND.

Bibliographie

(Les références signalées au cours de ce travail seront trouvées aux noms d'auteurs qui sont ici rangés par ordre alphabétique).

ACCORNERO. — Observations sur le réflexe achilléen dans la sciatique, *Revue Neurologique*, 1914-15, p. 805.

ALQUIER (L.). — Sur les troubles nerveux par engorgement lymphatique, *Revue Neurologique*, 1917, n° 1, p. 8.

Thermophotothérapie combinée au massage, traitement des œdèmes, reliquats inflammatoires et engorgement lymphatiques, *Paris Médical*, août 1918.

L'engorgement lymphatique. Sa place en pathologie, *Gazette des Hôpitaux*, n°s 56 et 58, p. 877-909.

Engouement lymphatique et troubles de la nutrition générale, *Gazette des Hôpitaux*, 1921, n° 1.

Céphalée par engouement lymphatique. — Société de Neurologie, *Revue Neurologique*, 1921, p. 458.

Œdème et engouement lymphatique, *Revue de Médecine*, 1922, p. 19 et 35.

La cellulite, ses caractères et ses causes. Les troubles fonctionnels qui l'accompagnent. Comment la traiter, *Monde Médical*, 15 avril 1923.

Quelle place la cellulite doit-elle occuper en nosologie, *Monde Médical*, 1^{er} novembre 1926.

Appareil circulatoire et cellulite, *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, Tome CVII, 25 décembre 1926.

- Physiothérapie des tissus intertituels, *Gazette des Hôpitaux*, 11 janvier 1928.
- ARLOING ET LANGERON. — Les phénomènes de choc en pathologie, *Journal de Médecine de Lyon*, 1923.
- AULAGNIER (P.). — Les acquisitions récentes de la symptomatologie des sciatiques médicales, *Thèse Paris*, 1917.
- BABINSKI (J.). — Abolition du réflexe du tendon d'Achille dans la sciatique, *Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 18 décembre 1896.
- BARRÉ (A.). — Signes objectifs des sciatiques vraies, *Réunion Médicale de la VI^e armée*, 4 novembre 1915, et *Revue Neurologique*, 1916, p. 677.
- BARRÉ (J.-A.). — Contribution à l'étude clinique de la sciatique, *Presse Médicale*, 6 février 1919, p. 57.
- BERTHÉOL. — Contribution à l'étude de la sciatique radiculaire, *Thèse Paris*, 1906.
- BIZE (P.-R.). — Les algies du trou de conjugaison. *Revue Générale, Gazette des Hôpitaux*, 30 juin 1928.
- BLANC (L.-G.). — Le traitement de la sciatique par les agents physiques, *Thèse Paris*, 1909-10.
- BONOLA. — Les réflexes du tendon d'Achille et du tenseur du fascia lata dans la sciatique, *Revue Neurologique* 1912.
- BOVERI. — Sur un réflexe particulier et pathologique du gros orteil, *Société de neurologie*, mai 1916, et *Revue Neurologique* 1916, p. 373.
- CAMUS (P.). — Etudes de neuropathologie sur les radiculites, *Thèse Paris*, 1908.
- CAMUS ET SÉZARY. — Radiculites, *Presse Médicale*, août 1907.
- CHAUFFARD ET LAROCHE. — La Cholestérinémie, *Traité Sergent*, 1922.
- CORDIER (V.). — L'Anaphylaxie alimentaire, *Journal de Médecine de Lyon*, 1920.
- CROIZAT. — Lésions anatomo-pathologiques dans les réactions anaphylactiques, *Thèse de Lyon*, 1927.
- DÉJÉRINE. — Sémeiologie du système nerveux, 1914.
- Sciatique radiculaire dissociée, *Journal de Médecine et chirurgie pratique* 1912.

- DÉJERINE ET REGNARD. — Sciatique radiculaire avec paralysie dissociée, *Revue Neurologique*, 1912.
- DÉJERINE ET QUERCY. — Sciatique radiculaire dissociée, *Revue Neurologique*, 1913.
- DELATIER (G.). — La sciatique névralgie ou myalgie, *Presse Médicale*, 1926.
- DEMERLIAC (M.). — Fibromyosite des jumeaux avec erythème polymorphe, *Presse Médicale*, 10 octobre 1928, n° 81.
- DEMIÉVILLE (P.). — Rhumatisme musculaire, *Revue Médicale de la Suisse Romande*, tome XLV, n° 6, 25 mai 1925.
- DOBROKHOTOW. — Sciatique radiculaire, contribution à l'étude de la sensibilité radiculaire, *Revue de Médecine*, 1914.
- DUVERNAY (L.). — Une cellulite spéciale à la femme, la boule prémalléolaire. — Communication au Congrès du Caire, décembre 1928, *Journal de Médecine de Lyon*, 20 janvier 1929.
- FAVRE ET TOURNADE. — Sur une variété d'adipose douloureuse localisée aux membres inférieurs atteints de sciatique, *Lyon Médical*, 11 mai 1913.
- FIESSINGER. — L'Insuffisance hépatique, *Journal des Praticiens*, 1922, tome II, p. 441 et tome I, p. 129.
- FIESSINGER ET WALTER. — Le dépistage de l'insuffisance hépatique au début, *Journal Médical Français*, septembre 1927, p. 347.
- FOIX ET CHAVANY. — Les névralgies brachiales, *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, 10 septembre 1925.
- FORESTIER (H.). — De la spondylose rhumatismale ou rhumatisme vertébral chronique dans sa forme pseudo névralgique. *Archives générales de Médecine*, juillet 1901.
- Pathogénie sacro-vertébrale de certaines sciati-ques. *Bulletin de la Société de Thérapeutique*, n° 5, 11 mai 1914.
- Cellulite vertébrale du cou. *Revue moderne de Médecine et de Chirurgie*, octobre 1924.

- FORESTIER (J.). — Le trou de conjugaison vertébral et l'espace épidual. *Thèse de Paris*, 1922.
- Considération pratique sur la pathologie des trous de conjugaison vertébraux. *Paris Médical*, 27 janvier 1923.
- GAUDUCHEAU (R.). — La physiothérapie des névralgies, l'Hôpital (A), octobre 1928.
- GEOFFROY-SAINT-HILAIRE. — Des œdèmes abdomino-pelviens, présclérose. *Thèse Paris* 1898.
- GLÉNARD (R.). — L'Hépatisme, 1922.
- GRIGAUT (A.). — Le métabolisme de l'acide urique. *Biologie médicale*, 1922, p. 30.
- La cholestérine. Mémoire présenté au concours d'agrégation le 12 avril 1926.
- GUILLAIN ET BARRÉ. — Sur le réflexe cutané plantaire. *Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, février 1916, p. 131.
- Réflexe médio-plantair. *Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 7 avril 1916, p. 516. *Revue Neurologique*, 1916, p. 405.
- Dissociation clinique des modifications des réflexes achilléen et médio-plantair. *Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 26 mai 1916, p. 241. *Revue Neurologique*, 1916, p. 406.
- GUILLAIN ET BARRÉ (J.-A.). — Réflexe tibio-fémoral postérieur. *Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 16 février 1917, p. 284.
- GUILLAIN, BARRÉ (J.-A.), STROHL. — Réflexe péronéo-fémoral postérieur. *Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 16 février 1917, p. 293.
- HANRIOT (A.). — Contribution à l'étude de l'arthritisme : la cellulite. *Thèse de Paris*, 1913.
- HELWEG (J.). — Sciatica or myopathiae labore of the posterior region of the leg. *Acta Medica Scandinavica*, 1925. *Supplément X. Analyse in Presse Médicale*. 24 mars 1926.
- JEANSELME et SÉZARY. — Radiculite lombaire. *Revue Neurologique*, 1907.
- JOUE. — Rhumatisme vertébral. *Thèse Lyon*, 1902.

- LAFFORGUE. — Sciatique radriculaire. *Presse Médicale*, 1909.
- DE LANGENHAGEN (M.). — Fibromyosite arthritique. *Presse Médicale*, 2 juin 1928, p. 693.
- LANZALAVI. — Les myalgies pseudo-sciatiques. *Thèse de Bordeaux*, 1925-26.
- LÉRI (A.). — La Lombarthrie. *Presse Médicale*, n° 12, 21 février 1918, p. 105.
- Quelques variétés fréquentes et peu connues des paralysies du plexus brachial, par tuberculose pleuro-pulmonaire, par rhumatisme cervical chronique. *Journal Médical Français*, juillet 1924.
- Les affections de la colonne vertébrale. *Paris, Masson*, 1926.
- LÉRI ET SCHAEFFER. — Sciatique et lymphocytose. La sciatique rhumatismale, rôle des canaux sacrés antérieurs. *Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, n° 16, 12 mai 1916, p. 680.
- LÉRI ET THOMAS (M.). — Traitement des rhumatismes chroniques par le thorium. *Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, n° 1, 12 janvier 1922.
- LETULLE, BEZANSON ET WEIL. — La lésion nodulaire spécifique du rhumatisme. *Annales de Médecine*, février 1926, p. 117.
- LÉVY-FRANCKEL ET JUSTER. — Les infiltrations cellulitiques des membres inférieurs. *Le Bulletin Médical*, 1929, p. 486.
- LINSTEDT (F.). — La pathogénie du signe de Lasègue et des symptômes analogues dans la sciatique. *Klinische Wochenschrift*, tome V, n° 48, novembre 1926.
- LŒPER ET DEBRAY (M.). — L'Arthritisme, maladie précipitante. Congrès de l'Arthritisme, Vittel, 5 juin 1927. *Presse Médicale de l'Est*, fascicule 21 bis 1927.
- LŒPER ET LEMAIRE. — L'Intradermoréaction cholestérinée dans les maladies précipitantes. *Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 3 juin 1928, p. 151, tome I.
- LONG. — Sciatique radriculaire. *Revue Neurologique*, 1916.

- LORTAT, JACOB (L.). et SABARÉANU. — Les sciaticques et leurs traitements. *Paris, Masson*, 1910.
- LORTAT, JACOB et SABARÉANU. — Sciatique radiculaire unilatérale. *Presse Médicale*, 1904.
- La sciatique radiculaire. *Revue de Médecine*, 1905.
- Syphilis et sciatique. *Presse Médicale*, 1910.
- LORTAT, JACOB, SÉSARY ET FERRAND (J.). — Névralgies sciatiques télétroriques. *Revue de Médecine*, année XXXIV, n^{os} 8-9, p. 579, août 1914, novembre 1915.
- MARTIN (J.-F.). — Recherches expérimentales sur l'histogénèse des stades initiaux de la cirrhose hépatique. *Annales de Médecine*, tome XXX, n^o 2, février 1927.
- MARTIN (E.) et JUVIN. — Les lumbagos chroniques d'origine traumatique. *Journal de Médecine de Lyon*, n^o 45, 20 novembre 1921.
- MANOEL V. da S. MOREIRA. — Crise hémoclasique digestive et insuffisance hépatique. *Société de Biologie*, 6 novembre 1925, p. 1539.
- NANNINI (Giulio). — Contribution au traitement de la sciatique. *Riforma Medica*, 1914.
- NERI (VINCENTO). — La flexion du tronc et de la tête dans la sciatique. *Riforma Medica*, 1916, *Policlinico*, 1916.
- NOBÉCOURT. — Syndrome clinique de rhumatisme cervical et de névralgie sciatique associée. *Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, janvier 1916, tome I, p. 20.
- NOËL (R.). — Recherches histo-physiologiques sur la cellule hépatique des mammifères. *Thèse Doctorat ès-sciences naturelles Paris*, 1922-23.
- PAVIOT (J.). — Les cellulites, leurs rapports avec les troubles hépato-digestifs, leurs terrains. *Journal de Médecine de Lyon*, 20 juillet 1926.
- PAVIOT (J.). LAGÈZE (P.). — Considérations cliniques générales sur les cellulalgies nodulaires et infiltrées. *Journal de Médecine de Lyon*, 20 janvier 1929.
- PAVIOT (J.), MARTIN (J.-F.), DECHAUME (J.), LAGÈZE (P.). — Sciaticques et cellulalgies. *Journal de Médecine de Lyon*, 20 janvier 1929.
- PERRIN (M.), MATHIEU (P.). — Foie et arthritisme. Congrès de l'Arthritisme, Vittel, juin 1927. *Revue Médicale de l'Est*, fascicule 21 bis, 1927.

- PETREN ET OTTERSTROM. — Sur la question de l'étiologie et de la pathogénie de la sciatique. *Acta Medica Scandinavica*, volume LV, fasc. VI, du 5 décembre 1921.
- PETREN. — Des sciaticques. *Review of Neurology*, mai 1909.
- PHULPIN. — La sciatique. *Thèse Paris*, 1895.
- PICK (A.) — Les relations entre les maladies de l'appareil digestif et celles du système nerveux. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, tome XXIV, n^{os} 44, 49, 50, 51, 1924.
- PINARD (G.). — Rhumatisme vertébral cellulitique et ankylosant. *Thèse de Paris*, 1925.
- PISANI. — Le réflexe abdominal dans la sciatique *Rivista critica di clinica Medicina*, 1916.
- POLONOWSKI. — Contribution à l'étude de la sciatique radiculaire. *Thèse Paris*, 1914.
- PUTTI. — Une conception nouvelle de la pathogénie de la sciatique. *The Lancet*, tome CCXIII, n^o 5419, 9 juillet 1927.
- RAMOND (L.). — La sciatique. Conférences de clinique médicale pratique, 6^e série, p. 36. *Paris*, 1927.
- Lumbago. Conférences de clinique médicale pratique, 5^e série, p. 60. *Paris*, 1926.
- RATHELOT. — Cervicobrachialite du membre supérieur. *Thèse Montpellier*, 1925.
- ROEDERER. — Le massage dans la sciatique rhumatismale. *La Clinique*, *Paris*, 1906, 821, 813.
- ROGER (H.). — Les principaux types de brachialgie. *Journal des Praticiens*, 29 septembre 1928.
- La Cervicobrachialite rhumatismale. Sciatique du bras. Revue générale. *Gazette des Hôpitaux*, 28 juillet 1928.
- ROUQUIER (A.). — L'origine funiculaire ou spondylitique de la sciatique rhumatismale. *Annales de Médecine*, 1927.
- ROUQUIER (A.), SOULIER (R.). — La Sacrocoxalgie médiale postérieure. Son association avec la lombarthrie, compliquée ou non de retentissement funiculaire. *Annales de Médecine*, février 1929, t. XXV, n^o 2.

- ROUSSELIER. — Les troubles de la sensibilité dans la radiculite sciatique syphilitique. *Thèse Paris*, 1907.
- RUMMO. — Sciatique avec amyotrophie. *Riforma Medica*, 1900.
- SICARD. — Les signes de la sciatique médicale. Le signe de « l'ascension talonnière ». Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 19 novembre 1915.
- La sciatique, pathogénie et traitement. *Journal de Médecine de Paris*, 1911, n° 41-42.
- Les sciatiques funiculaires. *Mouvement Médical*, 1913, n° 8.
- Névrodocytes et funiculites vertébrales. *Presse Médicale*, 7 janvier 1918, n° 2.
- SICARD et FORESTIER. — Lumbago, lumbalgies, lumbarthries. *Journal Médical Français*, juillet 1924, p. 259.
- Méthode d'exploration radiologique par le lipiodol. *Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 1922.
- Rachialgie lombaire chronique (lumbago chronique rhumatismal). *Presse Médicale*, 18 janvier 1922, t. I, p. 45.
- SICARD ET LAPLANE. — Lumbago Xanthochromique. *Presse Médicale*, 1924.
- SICARD et ROGER. — Le liquide céphalo-rachidien au cours de la sciatique. *Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, juin 1918.
- STOCKMANN (R.). — Les causes de la fibrosite et de la panniculite. *Communication faite au Congrès de Bath*, 10 mai 1928.
- Causes, pathology and treatment of chronic rheumatism. *Edinburgh Medical Journal, new series*, 1904, volume XV, p. 107-116 et 223-235.
- STOEBER. — Nouvelles conceptions anatomo-cliniques sur la sciatique. *Thèse Strasbourg*, 1922.
- SWIFT. — The Pathogenesis of rheumatic fever. *The Journal of exp. Med.*, 1924, p. 467.
- THOMAS (A.). — A propos de la sciatique, les radiculites du membre inférieur. *La Clinique*, 15 fév. 1907.

- THOMAS (A.). et PHÉLIPEAU. — La névralgie crurale et les radiculalgies lombosacrées. *Paris Médical*, 1925 (2), p. 269.
- TINEL et GASTINEL. — Sciatique radiculaire. *Revue Neurologique*, 1911.
- VALLEIX. — Traité des névralgies. Paris, 1841.
- VERGER (H.). — Les myalgies pseudo-sciatiques. *La Médecine*, février 1926, n° 5.
- VERGER ET DELMAS-MARSALET. — Les myalgies rhumatismales. *Annales de Médecine*, avril 1928, t. XXIII, n° 4.
- VILLARET et FAURE BEAULIEU. — Contribution à l'étude de la séméiologie réflexe des affections du nerf sciatique. *Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, avril 1916, et *Revue Neurologique*, 1916, p. 412.
- WETTERWALD. — Névralgie du tissu cellulaire dite *sine materia*. *Congrès de Physiothérapie des Médecins de langue française*, 1908.
- WETTERWALD (F.). — Les névralgies. *Paris*, 1910.
- WETTERWALD. — Les cellulites. *Journal Médical Français*, 15 septembre 1913.
- Ce que nous savons des névralgies. *Presse Médicale*, 3 juillet 1919, n° 37, p. 508.
- La cellulite. *Congrès de l'arthritisme*, Vittel, juin 1927. *Revue Médicale de l'Est*, fascicule 21 bis, 1927.
-

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
I. — LA SCIATIQUE	5
Rappel anatomique	6
Les formes topographiques des sciatiques ..	7
Les symptômes	9
Le diagnostic	16
Sciatiques de causes locales	17
Sciatiques de causes générales	21
Sciatiques essentielles	22
II. — LES INFILTRATS CELLULALGIQUES EN GÉNÉRAL	25
Historique	27
Leurs symptômes	30
Leur évolution	35
Les formes pseudo-névralgiques	38
Diagnostic	41
Substratum anatomique	44
III. — LES SCIATIQUES PAR INFILTRATS CELLULAL- GIQUES.	53
Etude critique des signes de sciatique	56

Les pseudo-sciatiques par cellulalgie	62
Les sciatiques vraies par infiltrats cellulalgiques	69
OBSERVATIONS CLINIQUES	73
IV. — PATHOGÉNIE GÉNÉRALE DES INFILTRATS CELLULALGIQUES. — LEURS ASSOCIATIONS MORBIDES.	91
V. — CONSIDÉRATIONS THÉRAPEUTIQUES	105
Le traitement général de la fonction hépatique en cause	106
Le traitement local de l'algie	108
CONCLUSIONS	112
BIBLIOGRAPHIE	117

